



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

INTERVENÇÕES PROMOTORAS DO SONO E DO CONFORTO NO DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Ana Isabel Gomes Alves

Lisboa, 2016



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

INTERVENÇÕES PROMOTORAS DO SONO E DO CONFORTO NO DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA

PROMOTING INTERVENTIONS OF SLEEP AND COMFORT IN INTENSIVE UNITED CARE PATIENTS

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Ana Isabel Gomes Alves

Sob orientação da Prof. Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, 2016

RESUMO

O presente Relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular **Relatório de Estágio**, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tem como principal objetivo retratar e refletir as atividades desenvolvidas durante o percurso da Unidade Curricular de Estágio que se encontra dividida em três Módulos: Módulo I-Serviço de Urgência, Módulo II-Cuidados Intensivos/Intermédios e Módulo III-Opcional.

O estágio é um momento fundamental para o desenvolvimento de competências nos domínios do saber-saber, do saber-fazer e do saber-ser, permitindo a ponte entre teoria e a prática, o desenvolvimento de competências crítico-reflexivas que nos ajudam a evoluir e a crescer a nível profissional. A aquisição de competências especializadas torna-se fundamental e foi neste sentido que desenvolvi continuamente competências de forma a tornar o meu exercício profissional num exercício de excelência.

Iniciei os meus estágios pelo **Módulo III**, que diz respeito ao módulo opcional em Enfermagem Perioperatória. Realizei-o na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos do Hospital Central do Funchal e na Unidade de Queimados de um Hospital Central de Lisboa. Durante este estágio desenvolvi um estudo que consistiu numa revisão sistemática da literatura, com o objetivo de identificar intervenções promotoras do sono e do conforto no doente em situação crítica, o qual permitiu uma partilha de conhecimentos e implementação de intervenções específicas. Posteriormente realizei o estágio referente ao **Módulo I**, que diz respeito ao Serviço de Urgência num Hospital Central de Lisboa, no qual desenvolvi um guia de acolhimento, para visitantes, relativo ao funcionamento do Serviço de Observação e um Póster Informativo relativo à triagem e aos tempos de espera. Relativamente ao **Módulo II**, referente ao estágio em Cuidados Intensivos/Intermédios foi-me possível obter equivalência pois exerço funções desde Outubro de 2005 na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Central do Funchal/Dr. Nélcio Mendonça.

Durante o meu percurso de formação adquiri competências específicas que vão ao encontro das necessidades da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está exposta. Este trajeto pressupõe um amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas e intervenções de elevado nível de adequação às necessidades do indivíduo, potenciando os

ganhos em saúde, sendo essencial implementar intervenções de Enfermagem Especializadas que promovam, estimulem e facilitem o suporte aos projetos de saúde dos indivíduos e à sua qualidade de vida.

Palavras-Chave: doente crítico, promoção do sono, conforto, cuidados de enfermagem, competências.

ABSTRAT

This report falls under the curricular traineeship Report Unit, of the eighth Masters Course in Nursing professional in the area of specialisation in Surgical-Medical Nursing, Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University, which has as main objective to portray and reflect the activities developed during the course of curricular traineeship unit that is divided into three modules: Module I-Emergency Service, Module II-Intensive Care/ Intermediate and Module III-Optional.

The internship is a fundamental time for the development of competences in the fields of know-know, know-how and know-be, allowing the bridge between theory and practice, the development of critical-reflective competences that helped me to evolve and grow as a professional. The acquisition of expertise becomes essential and it was in this sense that I continuously developed competences that made my professional exercise an exercise of excellence.

I started my internships through Module III, with respect to the optional module in perioperative nursing. It took place in the Intermediate Care Unit of the Hospital Surgical Center of Funchal and in the Burns Unit of a hospital in the central Lisbon. During this clinical teaching development a study that consisted of a systematic review of the literature, with the objective of identifying interventions promoters of sleep and comfort of the patient in a critical situation; which has enabled a sharing of knowledge and implementation of specific interventions.

Later I did the internship concerning Module I, with regard to the emergency service, it took place in Central Hospital of Lisbon North, in which I developed a guide for reception, for visitors, concerning the functioning of the Observation Service and a poster containing information regarding the patients' assessment and the time of wait.. In relation to Module II, relating to the internship in Intensive Care/Intermediate I was able to obtain equivalence since I have been on this service since October 2005 in the Intensive Care Unit of the Hospital Central of Funchal/Dr Nélío Mendonça.

During my training path to be a Specialist Nurse I have acquired specific skills that will meet the needs of a person and the health/disease processes to which the person is exposed to. This course assumes a broad understanding of human responses in specific situations and interventions of a high level of adaptation to the needs of the individual, potentiating

the gains in the health área being essential to implement specialized nursing interventions that promote, stimulate and facilitate the support of projects related to the health of individuals and their quality of life.

Key words: Critically-ill patients, promotion of sleep, comfort and nursing care, competence.

AGRADECIMENTOS

À Professora Dra. Isabel Rabiais, pela sua disponibilidade, espírito amigo, sabedoria e preciosa colaboração ao longo da orientação deste trabalho. Obrigada pela partilha do seu conhecimento tão qualificado, pela sua genuidade, pragmatismo e pela sua entrega a este trabalho.

Aos orientadores de estágio que de livre vontade me aceitaram, acompanharam e transmitiram tudo o tinham de melhor, por toda a disponibilidade e paciência, o meu muito obrigada.

À minha Família e a todos os que me desejam bem por todo o apoio, carinho e compreensão prestados ao longo da realização deste trabalho e, sobretudo, nos momentos de maior dificuldade, em que os privei da minha dedicação e carinho.

À Universidade Católica por me ter proporcionado ingressar no Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e pela qualidade do ensino ministrado pelos docentes da mesma.

Aos meus Amigos (as) pelo apoio, ajuda na realização do trabalho e compreensão nos momentos mais difíceis e pela indisponibilidade da minha parte em lhes dispensar a atenção merecida.

A Mim, pela paciência, persistência, dedicação e profissionalismo depositados ao longo de todo este percurso.

A todos os que tornaram possível mais uma das minhas conquistas, o meu muito obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP- Antecedentes Pessoais

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BO- Bloco Operatório

CCI- Comissão do Controlo de Infecção

CI- Cuidados Intensivos

CIPE ®- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEAEEMC- Curso Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CVC- Catéter Venoso Central

ECTS- European Credit Transfer System

ECG- Eletrocardiograma

FC- Frequência Cardíaca

GCS- Glasgow Coma Scale

HTA- Hipertensão Arterial

IPO- Instituto Português de Oncologia

LA- Linha Arterial

NREM- Non Rapid Eye Movements

O₂- Oxigénio

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

REM- Rapid Eye Movements

SESARAM- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SCQ- Superfície Corporal Queimada

SMI- Serviço de Medicina Intensiva
SO- Serviço de Observação
SU- Serviço de Urgência
TA- Tensão Arterial
TAC- Tomografia Axial Computorizada
TCE- Traumatismo Crânio Encefálico
TISS 28- Therapeutic Intervention Scoring System-28
TVM- Traumatismo Vertebro Medular
UCI- Unidade de Cuidados Intensivos
UCIC- Unidade de Intermédios Cirúrgicos
UCP- Universidade Católica Portuguesa
UQ- Unidade de Queimados

ÍNDICE	Pág.
1.INTRODUÇÃO	14
2.REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	18
3.ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA	34
3.1.MÓDULO I-SERVIÇO DE URGÊNCIA	34
3.1.1 CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO	34
3.1.2 ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA	35
3.2.MÓDULO II-CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS	45
3.3.MÓDULO III-OPCIONAL	45
3.3.1 CARATERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	45
3.3.1.1 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS CIRÚRGICOS	45
3.3.1.2 UNIDADE DE QUEIMADOS	48
3.3.2 ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA	50
3.3.2.1 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS CIRÚRGICOS	50
3.3.2.2 UNIDADE DE QUEIMADOS	56
4.CONCLUSÃO	60
5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
APÊNDICES	
Apêndice I- Sessões de formação: Intervenções promotoras do sono e do conforto no doente em situação crítica	70
Apêndice II- Guia de acolhimento para visitantes de doentes internados no SO do SU do Hospital Central de Lisboa Norte	86
Apêndice III- Póster informativo relativo à Triagem de Manchester e aos seus tempos de espera	90
ANEXOS	
Anexo I- Escala de TISS- 28	94

QUADRO 1- Descrição dos estudos integrados, principais aspetos metodológicos e resultados das investigações	22
--	----

1.INTRODUÇÃO

Cuidar de um doente crítico determina uma necessidade contínua de atualização e desenvolvimento de conhecimentos em consequência da sua especificidade e necessidade de cuidados, como seja: a prestação de cuidados a doentes com elevado índice de gravidade, em risco de vida, a utilização de equipamentos com tecnologia avançada e sofisticada e meios terapêuticos (farmacológicos e outros) altamente agressivos e de elevada complexidade. É fundamental que o enfermeiro a exercer funções em Unidades de doentes críticos apresente capacidades de adaptação e respostas imediatas, adequadas às necessidades de âmbito técnico, científico e humano, para que todos os doentes ultrapassem da melhor forma possível o momento de transição em que se encontram.

Tal como Meleis (2005), assumimos que a enfermagem diz respeito ao processo e às experiências dos seres humanos vivenciando transições, sendo que a prática de enfermagem pode facilitar essas mesmas transições promovendo o sentido de bem-estar, pois esta perspetiva de enfermagem apresenta-nos um outro conceito: *o Conceito de Transição*. Como conceito central em enfermagem, a transição tem sido analisada e a estrutura tem sido definida de modo a articular e a refletir as relações entre os componentes de uma transição. Tendo subjacente este quadro conceptual, pode-se referir que as transições estão associadas a todo o tipo de mudanças que ocorrem ou podem ocorrer na vida das pessoas. Algumas transições estão relacionadas com o processo de desenvolvimento da pessoa ao longo do ciclo de vida, denominadas transições desenvolvimentais, outras, transições situacionais, que ocorrem por alterações dos contextos em que a pessoa está inserida ou por necessidade de desempenho de novos papéis relacionados com a saúde, e outras ainda, decorrentes de um processo de doença, denominadas transições de saúde/doença. Em todas as transições está inerente a necessidade da pessoa incorporar um novo conhecimento, alterar comportamentos, e assim, alterar o conceito de si num contexto social. Todas as transições incluem-se no domínio da enfermagem, pois referem uma mudança no estado de saúde, no papel, no

âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades, e podem processar-se tanto a nível individual como familiar (Meleis, 2005).

Desta forma, surge reforçada a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem. Ser Enfermeiro Especialista pressupõe então a aquisição e desenvolvimento de competências específicas que vão ao encontro da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está exposta. Implica um amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas e intervenções de elevado nível de adequação às necessidades do indivíduo, potenciando os ganhos em saúde (Leite, 2009). É essencial que o Enfermeiro Especialista, qualquer que seja a sua área de atuação, contribua através do seu olhar mais preciso sobre a pessoa numa situação específica, na implementação de intervenções de Enfermagem Especializadas que promovam, estimulem e facilitem o suporte aos projetos de saúde dos indivíduos e à sua qualidade de vida (Idem, 2009).

Existem portanto competências/comportamentos profissionais comuns para os Enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialidade, que de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), se dividem em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Quanto aos padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, assume-se que o enfermeiro: cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação e maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Neste sentido, pretende-se que o enfermeiro possua uma capacidade de adaptação, uma resposta imediata e adequada às necessidades de carácter técnico, científico e humano, a todas as pessoas que num dado momento da sua vida necessitam desses serviços e dos seus cuidados, para assim, ultrapassarem, da melhor forma possível, a fase crítica que vivenciam.

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, a especialidade em Enfermagem detém as vertentes da educação dos doentes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e detém, igualmente, a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e

melhorar a prática da enfermagem (REPE, 2011). Profetto-Mcgrath, Negrin, Hugo e Smith (2010) reforçam que os enfermeiros especialistas têm de ser vistos como agentes promotores de mudança nos serviços. Nessa continuidade, a prática baseada na evidência passou a ser uma meta desejada em todas as profissões de saúde, na medida em que a integração dos resultados da investigação mais atual, conduz à otimização de resultados nos cuidados aos doentes. Existem barreiras para a integração da evidência na praxis, nomeadamente, o tempo, as características pessoais do enfermeiro, a falta de confiança nas suas capacidades, limitação de recursos e o suporte inadequado da instituição, contudo uma estratégia facilitadora é a presença de um agente que influencie positivamente a equipa para a inovação e tomada de decisão sustentada. Os enfermeiros especialistas estão na posição ideal para desempenharem esta função, pois estão munidos das competências apropriadas e preparados para transmitir os resultados da investigação para promover o cuidado ao doente com excelência (Profetto-Mcgrath, Negrin, Hugo e Smith, 2010). Com as alterações sócio-económicas que vivemos atualmente, é cada vez mais importante a visibilidade da profissão pela necessidade do estudo da contribuição resultante do empenhamento dos profissionais em comportamentos e ações positivas na sua produtividade, principalmente na lógica da gestão, tornando-se por isso necessário demonstrar a contribuição da enfermagem no bem-estar do doente/família (Araújo, 2008).

Enquanto profissional na área de Cuidados Intensivos (CI) desde 2005, foi meu objetivo a reconstrução de saberes e a procura de uma prática mais reflexiva e fundamentada. Exercer uma prática baseada na evidência na melhoria da qualidade dos cuidados e contribuir, enquanto profissional para resultados positivos na instituição, foram fatores determinantes no meu percurso no Mestrado em Enfermagem, caminhando para o autodesenvolvimento profissional e pessoal. A articulação da formação entre a escola e os contextos da prática permitiu este desenvolvimento, em que a formação académica assume um papel promotor de reflexão (Amendoeira, 2004).

Dada a importância do desenvolvimento das competências de acordo com o plano de estudos da Universidade Católica Portuguesa (UCP) torna-se premente, o delinear de objetivos e atividades que permitam o desenvolvimento das competências pretendidas. O presente Relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular Relatório de Estágio, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEAEEMC), do Instituto de Ciências da Saúde da UCP, que tem como principal objetivo retratar e refletir sobre as atividades desenvolvidas

durante o percurso da Unidade Curricular de Estágio que se encontra dividida em três Módulos: Módulo I-Serviço de Urgência, Módulo II-Cuidados Intensivos/Intermédios e Módulo III-Opcional; cada um com um total de 180 horas e 10 *European Credit Transfer System* (ECTS), os quais foram desenvolvidos na seguinte cronologia:

- O Módulo III - Opcional: Unidade de Intermédios Cirúrgicos (UCIC) de um Hospital Central do Funchal e na Unidade de Queimados (UQ) de um Hospital Central de Lisboa entre 13 de abril a 6 de junho de 2015;

- O Módulo I - Serviço de Urgência (SU) de um Hospital Central de Lisboa, entre 1 de Setembro a 24 de outubro de 2015;

- O Módulo II - referente ao estágio em Cuidados Intensivos/Intermédios; foi-me possível obter equivalência pois exerço funções desde Outubro de 2005 na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Central do Funchal/Dr. Nélcio Mendonça. No decorrer do Relatório serão apresentadas as competências que justificam esta equivalência.

Iniciei os meus estágios pelo Módulo III, que diz respeito ao módulo opcional em Enfermagem Perioperatória, nos locais de estágio referidos anteriormente. Durante este estágio desenvolvi um estudo que consistiu numa revisão sistemática da literatura, com o objetivo de identificar intervenções promotoras do sono e do conforto no doente em situação crítica, o qual permitiu uma partilha de conhecimentos e implementação de intervenções específicas. Posteriormente realizei o estágio referente ao SU, onde me foi possível contribuir para o esclarecimento dos doentes e sua família/pessoas significativas, através da elaboração de documentos informativos sobre a dinâmica do serviço, através da elaboração de um guia de acolhimento, para visitantes, relativo ao funcionamento do Serviço de Observação (SO) e da realização de um Póster informativo relativo à triagem e aos tempos de espera.

Este Relatório está dividido em 4 “momentos”: o primeiro ponto é dedicado à Revisão Sistemática da Literatura, cujo tema é: “Intervenções promotoras do sono e do conforto no doente em situação crítica”, o segundo ponto relata a descrição e a análise das atividades desenvolvidas durante os estágios, o terceiro ponto refere-se às considerações finais, no quarto ponto são apresentadas as referências bibliográficas, segundo as normas da APA (American Psychological Association), e por último os anexos e apêndices.

2. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Resultante de uma análise crítica do contexto da prática e posterior conversão de situações em focos de reflexão sobre a prática, emergiu uma pergunta norteadora da proposta de Revisão Sistemática da Literatura (RSL). A promoção de um sono reparador e conforto são fundamentais para doentes em pós-operatório, nesse sentido elaborei um trabalho e respetiva apresentação aos elementos da equipa desta unidade. Foi-me possível realizar uma revisão da literatura sobre: “Intervenções promotoras do sono e do conforto no doente em situação crítica” e realizar sessões de formação (APENDICE I), sobre o trabalho efetuado, aos enfermeiros do serviço, por forma a sensibilizá-los relativamente ao tema. As alterações no padrão normal do sono são comuns aos doentes internados em Unidades de Tratamento Intensivo e podem levar a disfunções fisiológicas e psicológicas que aumentam a morbilidade e mortalidade. Assentam numa etiologia multifatorial, havendo evidência de que as principais causas se centram em aspetos inerentes ao ambiente, ao comportamento dos profissionais de saúde, prejudicando a qualidade do sono e a recuperação do doente. Segue-se neste sentido a divulgação da pesquisa e a apresentação dos resultados desta RSL.

RESUMO

As alterações no padrão normal do sono são comuns aos doentes internados em Unidades de Tratamento Intensivo e podem levar a disfunções fisiológicas e psicológicas que aumentam a morbilidade e mortalidade. **Objetivo:** identificar intervenções promotoras do sono e do conforto no doente em situação crítica. **Métodos:** realizou-se um estudo que consistiu numa revisão sistemática da literatura, tendo sido selecionados onze artigos. **Resultados:** a etiologia da privação de sono é multifactorial, havendo evidência de que as principais causas centram-se em aspetos inerentes ao ambiente, ao comportamento dos profissionais de saúde. **Conclusões:** as intervenções a ser implementadas visam proporcionar um ambiente que suporta o sono e reconhece o seu papel na recuperação dos

doentes: estabilizar o ambiente noturno, reduzir conversas entre o pessoal, reduzir a luminosidade e volume dos alarmes dos monitores e promover técnicas de relaxamento através de massagens, musicoterapia, toque terapêutico, relaxamento e imaginário mental.

Palavras-Chave: doente crítico, promoção do sono e conforto.

ABSTRACT

Alterations in the normal sleep pattern are common in Intensive United Care patients and it can lead to psychological and physiological disfunctions which increase morbidity and hence mortality. **Purpose:** identify interventions to promote sleep and comfort in patients in a critical state. **Methods:** a study has been carried out which consists in systematic literature revision and has taken place where eleven items were selected. **Results:** the sleep deprivation is based on a multifactorial etiology where evidence shows that the main causes mainly focus on inherent aspects of the environment and health professionals' behavior. **Conclusions:** The interventions to be implemented aim at providing an environment that endures sleep and it recognizes its role in the patient's recuperation: stabilizing the nightly environment, reducing conversations between staff, reducing lights and the volume of the alarm calls and promoting relaxation techniques through massage, music therapy, therapeutic touch, mental image and relaxation.

Key words: critical patients, sleep promotion and comfort.

INTRODUÇÃO

O sono, o repouso e tudo o que lhes está inerente, tem fascinado o Homem desde a antiguidade, tendo a sua conceção e entendimento evoluído ao longo dos tempos, no entanto, a sua definição sempre foi delicada e vários foram os autores que tentaram defini-lo e estudá-lo. Anteriormente entendido como um estado passivo de inatividade cerebral, resultante da redução da percepção aos estímulos sensoriais, é hoje considerado como um fenómeno ativo, complexo e reversível, em que há a ausência ou a diminuição da resposta aos estímulos do meio ambiente relativamente ao estado de vigília. Ou seja, é um estado fisiológico que ocorre de maneira cíclica, caracterizado por um período de inércia associado à diminuição da atividade cerebral, com existência de um leque de movimentos limitados, involuntários, automáticos e sem propósitos definidos (Dang-Vu, Schabus,

Cologan e Maquet, 2009; Carskadon e Dement, 2011). É ainda definido como uma diminuição da consciência que pode ser reversível na presença de estímulos externos (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL para a PRÁTICA de ENFERMAGEM (CIPE), 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu que o ruído pode causar danos à saúde das pessoas expostas a ele como: perturbar o trabalho, o descanso, o sono, a comunicação dos seres humanos, prejudicar a audição e causar reações psicológicas, fisiológicas e patológicas nos indivíduos expostos (OMS, 2011). Entre vários danos fisiológicos, o ruído pode provocar distúrbios cardiovasculares, redução da saturação arterial de oxigênio, perda auditiva, aumento de secreção gástrica, estimulação da hipófise, alteração do sono fisiológico, imunossupressão e redução do processo de cicatrização (Christensen, 2007). As alterações no padrão normal do sono são comuns nos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e podem levar a disfunções fisiológicas e psicológicas que aumentam a morbidade e mortalidade. As perturbações do sono assentam numa etiologia multifatorial, havendo evidência de que as principais causas se centram em aspetos inerentes ao ambiente, ao comportamento dos profissionais de saúde, prejudicando a qualidade do sono e a recuperação do doente. Estudos reforçam a importância de sensibilizar e educar os profissionais de saúde para a necessidade de implementar medidas que minimizem os fatores perturbadores do sono e melhorem a qualidade do sono e de conforto do doente internado (Ugras, 2007; Nicolas, *et al.*, 2008 e Yava, Tosun, Ünve e Çicark, 2011).

O estar doente e num hospital constitui, por si só, um fator suficientemente perturbador do sono/repouso, ampliando-se quando a pessoa se encontra internada numa UCI, rodeada de equipamento que emite sons e alarmes que a acordam constantemente, muitas das vezes entubada orotraquealmente (real barreira à comunicação) e com limitação até para a sua mobilização, com desconforto, dor, frio ou calor, sem compreender se é dia ou noite e, com a percepção de que a família apenas está presente por curtos períodos. Também os profissionais de saúde, que têm a seu cargo a vigilância/monitorização, estabilização hemodinâmica e cuidados desenvolvem atividades constantes que impõem estímulos inevitáveis. Tendo em conta todos estes fatores, é compreensível que a pessoa doente tenha dificuldade em manter um sono adequado e reparador.

O conforto é identificado como um dos elementos do cuidado de enfermagem, universalmente desejável, com relevância atual (McIlveen e Morse, 1995; Tutton e Seers,

2003). A sua origem remonta a 1859 e as primeiras referências surgem com Florence Nightingale (1859, 2005), para quem o conforto era considerado um dos objetivos primordiais da prática de enfermagem. Por um lado, o conforto pode ser experimentado pela pessoa (ao ser entendido como um estado relativo ou um resultado dos cuidados) e, por outro, pode ser considerado como elemento de intervenção do enfermeiro no processo de cuidar. É importante perceber que o processo por si só não pode acontecer como uma entidade separada, pois só fica completo até que conforto aconteça, podendo este ser olhado numa dimensão de continuidade (Apóstolo, 2009).

Kolcaba (2003) considera o conforto como um resultado primordial do cuidado de saúde, um estado holístico e muito complexo, resultante das intervenções de enfermagem. Este conforto pode ser verificado em quatro contextos da experiência: o contexto físico, que diz respeito às sensações corporais que afetam o estado físico como o relaxamento e o descanso, níveis de eliminação e hidratação, equilíbrio hidroelectrolítico, oxigenação celular, dor, posicionamento, diferentes indicadores metabólicos e ainda outros aspetos de tratamento e condições médicas; o contexto psicoespiritual, ligado à consciência de si, incluindo a autoestima e o autoconceito, a sexualidade e o sentido de vida, podendo igualmente englobar uma relação com uma ordem ou um ser superior; o contexto sociocultural, referente às relações interpessoais, familiares e sociais, incluindo ainda aspetos financeiros e relacionados com a vida social e o contexto ambiental, centrado nos aspetos como a luz, o barulho, o equipamento, a temperatura, a cor e os elementos artificiais e naturais do meio (Kolcaba, 2003). Os contextos descritos interferem quer com o conforto quer com o padrão de sono, o que reforça a importância de intervenções direccionadas, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados e consequentemente com o grau de satisfação dos doentes.

MATERIAL E MÉTODOS

A revisão sistemática da literatura é um dos métodos de investigação utilizado na prática baseada na evidência e tem como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisa sobre um determinado tema, de forma sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (Mendes e Fracolli, 2008; Benefield, 2013). O método utilizado baseou-se na estratégia PICO (acrónimo para paciente, intervenção, comparação e “outcomes”). Segundo o paradigma da Prática

Baseada em Evidências, estes quatro componentes são os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da construção da linha orientadora na pesquisa bibliográfica. Desta forma, maximiza-se a inclusão de informações relevantes nas diferentes bases de dados, focalizando o objeto de pesquisa e evitando buscas desnecessárias (Santos, Pimenta e Nobre, 2007).

Respeitando com rigor todos os passos exigidos na utilização deste método, no intervalo de tempo compreendido entre abril e maio de 2015, foi desenvolvido um protocolo para identificação dos estudos de interesse para este trabalho e que consistiu numa pesquisa nos motores de busca: Ebsco e B-on, e nas bases de dados: CINAHL Plus, PubMed/ MEDLINE, LILACS, Scielo, Web of Science, ScienceDirect, Cengage Learning, Academia Search Complete, Phsychology and Behavioral Sciences Collection, John Wiley & Sons, SportDiscus, The Joanna Briggs Institut, U.S. National Library of Medicine, Directory of Open Access Journals, Springer Science & Business Media e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

Para a identificação dos estudos relevantes foi utilizada uma estratégia de pesquisa, tendo-se usado os seguintes descritores *critical patient AND sleep and comfort promotion*.

RESULTADOS

Após cumpridos os pressupostos protocolares foram sendo progressivamente eliminados os artigos que não correspondiam às exigências, desenvolvendo-se de forma metódica um processo redutivo. Foram selecionados para o estudo 11 artigos que se seguem no Quadro 1.

Quadro 1: Descrição dos estudos selecionados e principais resultados das investigações

Estudo	Autor (es)/Ano	Principais resultados
E1: "Sleep Deprivation in Critical Illness: Its Role in Physical and Psychological Recovery"	Biren Kamdar/Dale Needham/Nancy Collop (2012).	<p>-O padrão de sono do doente em situação crítica é um sono anormal, com interrupções frequentes, ritmos circadianos alterados, sono fragmentado e redução do sono REM (movimentos rápidos dos olhos).</p> <p>-Os sobreviventes da UCI relatam que a privação do sono e a incapacidade de dormir estão entre as 3 principais fontes de ansiedade e stress durante o internamento em unidades e 19% sofreu de sintomas de perturbação do sono clinicamente significativas durante o primeiro ano após a alta.</p> <p>-Estas perturbações do sono são causadas por fatores inerentes à doença crítica e fatores ambientais, como o ruído e a luz, fragilidade psicológica, fadiga, secreção anormal de melatonina e as próprias intervenções de cuidados que são realizadas ao doente.</p>

		<p>-Estratégias para melhorar a qualidade do sono do doente crítico: minimização de interrupções do sono noturno e manutenção do ciclo vigília-sono homeostático, diminuição do ruído desnecessário e da luz, utilização de medidas não farmacológicas facilitadoras do sono, como tampões de ouvido, máscaras para os olhos e técnicas de relaxamento (por exemplo música calma e massagens), durante o dia promover a luz e otimizar terapêutica.</p>
E2: "The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU"	Biren B. Kamdar/Lauren M. King/Nancy A. Collop/Sruthi Sakamuri/Elizabeth Colantuoni/Karin J. Neufeld/Joseph Bienvenu/Annette M. Rowden/Pegah Touradjii/Roy G. Brower/Dale M. Needham (2013).	<p>-O sono em doentes críticos é caracterizado por despertares frequentes e aproximadamente 50% do sono ocorre durante o dia. Estes doentes relatam pior qualidade de sono, uma fonte de ansiedade e stresse nas Unidades comparado com o sono realizado em casa.</p> <p>-Foram aplicadas medidas promotoras do sono: 1º fase: intervenções ambientais noturnas, intervenções durante o dia para promover ritmos circadianos normais; 2ª fase: tampões para os ouvidos, máscaras para os olhos e música suave e na 3ª fase: aplicação de medicamentos específicos para os doentes impedidos de dormir.</p> <p>-Após a aplicação destas medidas promotoras de sono as melhorias globais de classificação de qualidade do sono não alcançaram significância estatística, mas houve melhorias significativas na diminuição dos ratings de ruído diários e na incidência de delirium.</p>
E3: "Factors Affecting Sleep Quality of Patients in Intensive Care Unit"	P Bihari/Doug McEvoy R/Matheson E, Kim S, Woodman RJ, Bersten AD (2012).	<p>-70% dos doentes caracterizou o sono realizado na unidade com qualidade inferior comparativamente com o sono realizado em casa.</p> <p>-Foi possível verificar que os principais fatores que afetavam a qualidade do sono na unidade eram: o barulho e as luzes.</p> <p>-O ruído advinha sobretudo: de intervenções de enfermagem, do oxigênio e nebulização, de testes analíticos, da administração de medicação, de conversas entre profissionais, de telemóveis dos profissionais e telefones de cada unidade, dos alarmes de ventiladores e monitores.</p> <p>-Com a aplicação de medidas de promoção de sono e conforto, durante a permanência na unidade a qualidade de sono dos doentes melhorou para 40% comparativamente com o início do internamento.</p>
E4: "Sleep Disturbances and Fatigue in Critically Ill Patients"	Ellyn E. Matthews (2011).	<p>-As evidências mostraram que uma proporção substancial de doentes internados em Unidades de doentes críticos experienciam uma má qualidade do sono, latência de sono prolongada e despertares frequentes.</p> <p>-Vários meses após a alta hospitalar, mais de metade dos sobreviventes das UCI's continuou a apresentar um sono interrompido ou padrões de sono alterados em comparação com a sua rotina de sono pré-hospitalar.</p> <p>-Os distúrbios do sono pré-existent, fisiopatologias subjacentes da doença/lesão, intervenções terapêuticas, medicamentos e a unidade de terapia intensiva (UCI) em si são os principais fatores que contribuem para perturbações do sono e fadiga.</p> <p>-O envelhecimento aumenta a incidência de distúrbios do sono e alterações na arquitetura do sono, esse fator de risco é particularmente significativo para os doentes de unidades, pois mais de metade dos internamentos em UCI's são atribuíveis a doentes com mais de 65 anos.</p> <p>-Os doentes relataram que o ruído advém especificamente de conversas, mas também de ventiladores, alarmes, televisão e telefones que fazem com que o sono seja interrompido.</p> <p>-As abordagens não-farmacológicas para diminuir os distúrbios do sono são agrupadas em três áreas: intervenções cognitivo-comportamentais, terapia cognitiva e terapias complementares e estratégias ambientais.</p> <p>-Para distúrbios agudos do sono devem ser usados por períodos curtos medicamentos para o efeito, que devem ser administrados em conjunto com intervenções não-farmacológicas.</p>
E5: "Filtering out the noise: evaluating the impact of noise and"	Karen J Bosma1/Marco Ranieri (2009).	<p>-Cinco dos 11 estudos demonstram que o ruído é a causa mais importante de distúrbio do sono enquanto seis outros trabalhos sugerem que o ruído é responsável por apenas uma pequena proporção de perturbações do sono.</p>

sound reduction strategies on sleep quality for ICU patients”		<p>-Da mesma forma, os estudos que examinam a eficácia das estratégias de redução de ruído sugerem resultados variáveis, com melhorias relativas no sono (variam de 10 a 68%).</p> <p>-As atividades de ruído e de assistência ao paciente representavam menos de 30% dos despertares, sendo que a causa das restantes interrupções do sono (70%) não foram identificadas.</p> <p>-A maioria das pessoas vivencia perturbações do sono devido a um ambiente ruidoso, em algum momento da sua vida, portanto, os doentes podem ser mais propensos a atribuir ao ruído na UCI à má qualidade do sono.</p>
E6: “Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidado intensivo”	Diana Saldaña/Luisa Achury (2010).	<p>-No decurso do internamento em UCI's, 50% dos doentes internados apresenta distúrbios significativos do sono.</p> <p>-Estas unidades para doentes críticos foram classificadas como lugares hostis e agressivos.</p> <p>-A privação do sono em doentes criticamente doentes, determina complicações fisiológicas, sociais e emocionais, aumento da mortalidade e o tempo de internamento.</p> <p>-Alguns antecedentes pessoais podem afetar o padrão de sono do paciente crítico, tais como: idade, sintomas, fatores psicológicos e a própria doença.</p> <p>-Em relação aos fatores precipitantes da privação do sono verificados são: o ambiente em UCI, intervenções terapêuticas, preocupação com o estado de saúde e drogas medicamentosas.</p> <p>-Os doentes críticos, devido ao seu estado de saúde, requerem a continuação da utilização de equipamentos biomédicos (monitores, ventiladores, bombas de infusão) que geram sons. Para além destes foram identificadas outras fontes de ruído, tais como: telefone, computador e conversas entre profissionais de saúde.</p> <p>-Intervenções de enfermagem promotoras de sono e conforto: promover o conforto no posicionamento, tornar o ambiente mais calmo, estabelecer padrões de sono e repouso, prevenir e controlar a dor, promover mensagens de conforto e educar a equipa de saúde.</p>
E7: “El ruido y las actividades de enfermería: factores perturbadores del sueño”	Diana Saldaña/Alejandro Reyes/Marisol Berrio (2013).	<p>- A privação de sono, em doentes criticamente doentes, causa complicações fisiológicas, sociais e emocionais, aumentando a mortalidade e o tempo de internamento nas unidades.</p> <p>- O nível médio de ruído na UCI é 60-115 dB, associada em 70%, com um maior número de despertares e menos tempo de sono. A maioria dos despertares são causados por elevações abruptas de mais de 10 dB.</p> <p>-O pico de decibéis está relacionado com visitas familiares, estrutura física, equipamentos de monitorização e conversas oriundas da equipa de saúde.</p> <p>-O barulho de outros doentes foi outro aspeto destacado, no entanto com menos frequência.</p> <p>-Deve-se reduzir ao máximo os níveis de luz durante a noite, evitar falar em voz alta, remover todas as fontes ruído dos alarmes monitores e ventiladores, evitar o trabalho barulhento à noite e promover uma cultura de mudança por parte da equipa de trabalho orientando o desenvolvimento de um ambiente tranquilo, por meio de palestras de redução de ruído e gestão adequada da estrutura física.</p>
E8: “Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit”	RF Hu/XY Jiang/Chen JM/ZY Zeng/XY Chen/Y Li (2010).	<p>-A eficácia das intervenções não farmacológicas para melhorar o sono foram consideradas inferiores comparativamente aos métodos farmacológicos.</p> <p>-Uma ampla série de intervenções não-farmacológicas têm sido usadas para melhorar a qualidade do sono, incluindo a terapia da música, a massagem, a aromaterapia, o yoga, o relaxamento muscular, as imagens mentais, a acupuntura e as intervenções cognitivas comportamentais.</p> <p>-A massagem, musicoterapia, toque terapêutico, aromaterapia e o relaxamento imaginário mental confortam e reduzem os níveis de stresse e</p>

		<p>ansiedade em doentes criticamente e conduzem a uma melhoria do sono.</p> <p>-As intervenções ambientais, como a redução de ruído, o controle da iluminação e do tempo ininterrupto adequado para o sono, são intervenções seguras e lógicas para ajudar os doentes a dormir.</p>
E9: "Effects of earplugs and eye masks on nocturnal sleep, melatonin and cortisol in a simulated intensive care unit environment"	Rong-fang Hu/Xiao-ying Jiang/Yi-ming Zeng/Xiao-yang Chen/You-hua Zhan (2010).	<p>-O ambiente da UCI não é propício para dormir, os doentes de UCI consideram que existe excesso de ruído e luzes brilhantes nocivas e ininterruptas.</p> <p>-As intervenções de enfermagem foram mais perturbadoras do que o barulho ou a luz.</p> <p>-O ruído, a luz e as atividades de enfermagem ao paciente representam menos de 30% dos despertares noturnos e despertares.</p> <p>-O uso de tampões de ouvido e máscaras para os olhos pode ter benefícios em alguns doentes de UCI, permitindo uma diminuição dos distúrbios do sono.</p>
E10: "Development and validation of a questionnaire for quantitative assessment of perceived discomforts in critically ill patients"	Pierre Kalfon/Olivier Mimoz/Pascal Auquier/Anderson Loundou/Rémy Gauzit/Alain Lepape/Jean Laurens/Bernard Garrigues/Thierry Pottecher/Yannick Mallédant (2010).	<p>-Os doentes críticos estão expostos a várias situações stressantes e experienciam níveis elevados de dor e desconforto que promovem a privação do sono.</p> <p>-Para estes doentes a maior pontuação de desconforto durante o internamento esteve diretamente relacionada com a privação de sono e à presença de tubos, fios, cabos e sede.</p> <p>-Além destes fatores a privação do sono e conforto esteve igualmente relacionada com: os ruídos, a intensidade da luz, a ventilação, o isolamento, a ansiedade e a dor.</p> <p>-É importante corrigir e minimizar as principais fontes de desconforto através de intervenções na equipa de forma a evitar os desconfortos sentidos e mencionados pelos doentes.</p>
E11: "Sleeping on a problem: the impact of sleep disturbance on intensive care patients"	Lori J Delaney/Frank Van Haren/Violeta Lopez (2015).	<p>-As causas etiológicas de distúrbios do sono são consideradas multifatoriais, embora os fatores ambientais, ou seja, ruído, luz e interações de cuidados clínicos sejam mais referidas.</p> <p>-O ruído gerado a partir dos alarmes associados ao acompanhamento intensivo de doentes apresenta frequência superior a 70 dB.</p> <p>-A principal fonte de ruído no ambiente clínico tem sido atribuída ao comportamento dos profissionais, responsáveis por mais de 50% de fontes de ruído, com um nível de ruído de 84 dB.</p> <p>-13,9% das intervenções de enfermagem durante a noite poderiam ser omitidas de forma segura e, por sua vez, reduzir a perturbação do sono dos doentes.</p> <p>- As intervenções devem ser implementadas com vista a proporcionar um ambiente que suporta o sono e reconhece o seu papel na recuperação dos doentes: estabilizar o ambiente noturno, reduzir conversas entre o pessoal, reduzir a luminosidade e volume dos alarmes dos monitores e promover técnicas de relaxamento.</p> <p>-O benefício de máscaras para os olhos e tampões para os ouvidos permite a anulação do efeito do ambiente da UCI, permitindo melhorar a arquitetura do sono dos doentes.</p>

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Todos os estudos analisados sobre esta temática demonstram-se bastantes consensuais no que diz respeito aos efeitos da privação do sono em doentes críticos internados em unidades de cuidados intensivos e aos fatores que os desencadeiam, no

entanto as intervenções promotoras do sono e do conforto no doente em situação crítica não são tão consensuais em alguns estudos.

É possível constatar que a grande maioria dos doentes internados nestes serviços apresentam privação do seu padrão normal de sono. Segundo o estudo E4, as evidências mostram que uma percentagem considerável de doentes internados em Unidades de doentes críticos experienciam uma má qualidade do sono, um período de latência de sono prolongado e despertares frequentes. Já no estudo E2 foi possível verificar que o sono em doentes críticos é caracterizado por despertares frequentes e aproximadamente 50% do sono ocorre durante o dia; os doentes relatam consistentemente pior qualidade de sono, uma fonte de ansiedade e de stress nas unidades comparado com o sono realizado em casa e classificam-no como um sono pobre. Em consonância com estes dados, está o estudo E3 que revela que 70% dos doentes caracterizou o sono realizado na unidade com qualidade pior comparativamente com o sono realizado em casa. Factos esses que estão de acordo com o estudo de Tamburri, Dibrienza, Zozula e Redeker (2004), onde referem que o sono a nível hospitalar é mais pobre comparativamente com o sono de casa e as perturbações do sono são mais stressantes para o doente, pois verificam-se taxas de 22% de privação do sono para doentes internados em enfermarias e de 61% em doentes internados em unidades. O estudo E6 refere ainda que no decurso da sua estadia em unidades, 50% dos doentes internados apresentaram distúrbios significativos do sono, sendo estas unidades classificadas como lugares hostis e agressivos e esta privação do sono leva, em doentes criticamente doentes, a complicações fisiológicas, sociais e emocionais, aumento da mortalidade e do tempo de permanência nestas unidades. De igual modo, no estudo E7 verificou-se que a privação de sono em doentes criticamente doentes, concorre para o aparecimento de complicações fisiológicas, sociais e emocionais aumentando a mortalidade e o tempo de permanência nessas UCI's. O estudo E4 conclui que as consequências de distúrbios do sono e fadiga incluem diminuição do funcionamento físico e cognitivo, instabilidade de humor, sofrimento emocional e amplificação de sintomas, sendo este um fator de stress significativo na UCI que pode afetar negativamente a recuperação. Ainda neste contexto, o estudo E10 traduz que os doentes críticos estão expostos a várias situações stressantes e experienciam níveis elevados de dor e desconforto, que promovem a privação do sono, sendo que para estes doentes a maior pontuação de desconforto durante o internamento esteve diretamente relacionada com a privação de sono. Os resultados destes estudos corroboram a ideia de Dillon (2007), que

afirma que o facto de não dormir ou dormir pouco provoca cansaço, stress, depressão e diminui a atuação do sistema imunitário, aumentando o risco de doenças infecciosas. O estudo E1 refere que o doente crítico é caracterizado por um sono marcadamente anormal, com interrupções frequentes, ritmos circadianos alterados, sono fragmentado, redução do sono *Rapid Eye Movements* (REM) e os sobreviventes da UCI relatam que a privação do sono e a incapacidade de dormir estão entre as três principais fontes de ansiedade e stress durante o internamento em unidades para doentes críticos. Estes achados estão de acordo com Honkus (2003), pois confirma que nestes contextos os doentes demoram muito tempo a adormecer e o sono fica apenas pelos estádios I e II do sono *Non Rapid Eye Movements* (NREM), reforçando que os doentes internados em unidades gastam 40 a 50% do tempo total de sono em despertares constantes, ficando apenas 3 a 4% para um sono perfeitamente reparador.

Outro aspeto importante, o sono após a alta, está referenciado nos estudos E1 e E4. No estudo E1, 19% dos sobreviventes de internamento em unidades sofria de sintomas de perturbação do sono clinicamente significativas durante o primeiro ano após a alta destas unidades e no estudo E4, vários meses após a alta hospitalar, mais de metade dos sobreviventes da UCI continuou a vivenciar um sono interrompido ou padrões de sono alterados em comparação com a sua rotina anterior ao internamento.

Relativamente aos principais fatores impeditivos do sono normal no contexto do doente crítico foi possível verificar no estudo E9 que o ambiente da UCI não é propício para dormir. Os doentes de UCI consideram que existe excesso de ruído e luzes brilhantes. Em todos os estudos as principais causas etiológicas de distúrbios do sono estavam diretamente relacionadas com elementos ambientais, ou seja, o ruído, a luz e as interações de cuidados clínicos. No entanto, além destes principais elementos foram referenciados outros nos seguintes estudos: no estudo E11 deu-se importância aos medicamentos e à doença aguda que causara o internamento; no estudo E1 os fatores inerentes à doença crítica, tais como a gravidade da doença e a necessidade de ventilação mecânica, medicamentos sedativos, fragilidade psicológica, fadiga e secreção anormal de melatonina seriam, igualmente, fatores impeditivos do padrão do sono normal. No trabalho E4 os distúrbios do sono pré-existent, a fisiopatologia subjacente da doença/lesão, as intervenções terapêuticas e medicamentos eram considerados importantes neste contexto, sendo que este estudo reforça a importância do fator idade, ou seja, o envelhecimento aumenta a incidência de distúrbios do sono e alterações na arquitetura do sono, esse fator de risco é particularmente

significativo para os clínicos de UCI, porque mais de metade dos internamentos em UCI's são atribuíveis a doentes com mais de 65 anos. Este é um facto de extrema relevância, pois importa assumir consciência que a nossa população está cada vez mais envelhecida. O estudo E6 volta a reforçar a idade, os sintomas, os fatores psicológicos, a doença, as preocupações e o estado de saúde. Por fim, no estudo E10 foi referido como importante impeditivo do padrão de sono normal a presença de tubos, fios, cabos, sede, ventilação, isolamento, ansiedade, dor, fatos que corroboram com um estudo realizado por Morgan e White (1983) em que foi possível verificar que 80% dos enfermeiros sente que os cuidados prestados contribuem para a privação do sono dos doentes, 20% cita que os cuidados prestados são uma causa absoluta para a privação do sono dos doentes, 66% considera que a dor contribui para que se verifiquem interrupções no sono e 20% sente que a ansiedade e a preocupação dos doentes são importantes causas para a privação do sono e interrupções durante este. Ressalvo, no entanto, um fator que apenas foi mencionado neste último estudo: a sede.

No que diz respeito às principais fontes de ruídos foi possível verificar no estudo E3, que o ruído advinha do oxigénio e nebulização, testes analíticos, administração de medicação, conversas entre profissionais, telemóveis dos profissionais, alarmes de ventiladores e monitores. Os participantes do estudo E4 relataram, igualmente, que o ruído advém especificamente de conversas, ventiladores, alarmes, televisão e telefones. O estudo E6 refere que os alarmes dos equipamentos constituem a principal fonte de ruído, referem também outros ruídos que incomodam: tais como telefone, computador e o diálogo entre profissionais de saúde. É de realçar que o ruído origina aumento da secreção de noradrenalina, o que aumenta o risco de desenvolver complicações no doente. Já o estudo E7 referencia que o nível médio de ruído na UCI é 60-115 decibels (dB), associado em 70%, com um maior número de despertares e menos tempo de sono. A maioria dos despertares são causados por elevações abruptas de mais de 10 dB, sendo o pico de dB relacionada com: visitas familiares, a estrutura física (60% advinha do ruído da abertura da porta da UCI), 77,5% dos equipamentos de monitorização e conversas entre os vários elementos da equipa. O barulho de outros doentes foi outro aspeto que se destacou, embora menos frequentemente. Estes factos corroboram um estudo realizado por Lampreia e Santos (2005), em que foi possível concluir que o ruído é o fator mais perturbador do sono e os alarmes dos equipamentos são a principal fonte de ruído, seguindo-se as conversas entre profissionais de saúde. No entanto no estudo E5 as atividades de ruído e de

assistência ao paciente representavam menos de 30% dos despertares, enquanto a causa dos restantes 70% não foram identificadas. No estudo E11 o ruído gerado a partir de alarmes associados ao acompanhamento intensivo de doentes, com frequência superior a 70 dB, foi a principal fonte de ruído no ambiente e foi atribuída aos comportamentos do pessoal, responsáveis por mais de 50% de fontes de ruído, com um nível de ruído de 84 dB. Neste contexto a Organização Mundial da Saúde recomenda que o nível de ruído dentro das enfermarias hospitalares não deve ultrapassar os 30 dB à noite, a fim de reduzir as perturbações do sono. Ainda de acordo com este último estudo verificou-se que 13,9% das intervenções de enfermagem durante a noite poderiam ser evitadas de forma segura e, por sua vez, reduzir a perturbação dos doentes. Isto sugere que um certo número de atividades de enfermagem é realizado como rotina, podendo ser ajustadas. Destaca-se a necessidade de avaliar criticamente a necessidade de alguns dos cuidados prestados e considerar fazer ajustes no fluxo de trabalho, a fim de promover o sono noturno. Estes dados vão de encontro ao que sugerem Olson, Borel, Laskowitz, Moore e McConnell (2001); avaliar o padrão de sono do doente, implementar estratégias para prevenir alterações no padrão de sono, criar um ambiente facilitador do sono e repouso, criar um protocolo “quiet time” e implementar medidas promotoras de sono e repouso.

Relativamente às intervenções promotoras do sono e do conforto no doente em situação crítica foram frequentes nos estudos analisados medidas como diminuição da luz e dos ruídos durante o período noturno, massagem e posicionamento de conforto e, em situações particulares, o recurso a terapêutica específica indicada para o efeito. Deste modo segundo o estudo E1 as estratégias para melhorar a qualidade do sono do doente crítico seriam: minimização de interrupções do sono noturno e manutenção do ciclo vigília-sono homeostático, diminuição do ruído e da luz desnecessários, utilização de medidas não farmacológicas de estimulação do sono, como tampões de ouvido, máscaras para os olhos e técnicas de relaxamento (por exemplo, música calma e massagem), promover a luz durante o dia e otimização a terapêutica, factos que corroboram com Clark, 1998; Pinheiro (1998); Pimenta (2000); Almeida e Duarte, 2000 e Ordem dos Enfermeiros (2010). Nesta linha de pensamento surgem os estudos E7 e E9 que reforçam a necessidade de promover a diminuição dos níveis de ruído e reduzir, ao máximo os níveis de luz durante a noite, evitar falar em voz alta, remover todas as fontes possíveis de ruído dos alarmes monitores e ventiladores (fazendo os ajustes necessários) e evitar o trabalho que provoque mais barulho durante a noite. O estudo E4 refere ainda que as abordagens não-farmacológicas para

diminuir os distúrbios do sono são agrupadas em três áreas: intervenções cognitivo-comportamentais (estratégias comportamentais, programação regular de sono, controle de estímulos), terapia cognitiva (educação, relaxamento, monoterapias, massagens, toque terapêutico, relaxamento e musicoterapia), terapias complementares e estratégias ambientais (diminuição da luz, ruído e interrupções durante a noite) e que antes de iniciar novos medicamentos para dormir em doentes de Cuidados Intensivos, deve-se recorrer a medidas não farmacológicas. Já Nightingale (1989) considerava o sono como sendo de extrema importância para o restabelecimento da pessoa doente e associava às perturbações do sono a aspetos relativos ao ambiente. Os estudos E11, E8 e E9 verificaram benefícios na utilização de máscaras para os olhos e tampões para os ouvidos tendo efeito benéfico na anulação do efeito do ambiente de Cuidados Intensivos, melhorando a arquitetura do sono dos doentes. Segundo o estudo E8, que mantém a mesma ordem de ideias dos estudos anteriores e acrescenta ainda uma ampla série de intervenções não-farmacológicas que têm sido usadas para melhorar a qualidade do sono, incluindo massagem, yoga, relaxamento muscular, imagens mentais, acupuntura, musicoterapia, toque terapêutico, relaxamento e imaginário mental, intervenções que parecem confortar e reduzir os níveis de stress e ansiedade em doentes criticamente doentes, o que é suscetível de conduzir a melhoria do padrão de sono. O mesmo é traduzido pelo estudo E3, em que com a aplicação de medidas de promoção de sono e conforto (diminuição do ruído, luminosidade nocturna e massagens de conforto) durante a permanência na unidade para doentes críticos, a qualidade de sono dos doentes melhorou para 40% comparativamente com o início do internamento. Em contrapartida o estudo E2 revela, que após aplicação de medidas promotoras do sono aplicadas em três fases (1º fase: intervenções ambientais noturnos, desligando televisões, escurecimento luzes do corredor, agrupando atividades de cuidados, intervenções durante o dia para promover ritmos circadianos normais e sono noturno incluídos levantando as cortinas da janela, impedindo sons diários, incentivando a mobilização e minimizando o consumo de cafeína; 2ª fase: tampões para os ouvidos, máscaras para os olhos e música suave; 3ª fase: administração de medicamentos específicos para os doentes com privação do sono), as melhorias globais de classificação de qualidade do sono não alcançaram significância estatística, mas houve melhorias significativas na diminuição dos *ratings* de ruído diários e na incidência de situações de delirium. Da mesma forma, no estudo E5 a eficácia das estratégias de redução de ruído sugerem resultados variáveis, com melhorias relativas no sono que variam de 10 a 68%. Por fim, o estudo E8 revelou, ainda, que a eficácia das intervenções não farmacológicas para melhorar o sono foram consideradas

inferiores aos métodos farmacológicos, no entanto estes estudos apresentam as condicionantes das realidades em que se apresentam inseridos. Sabemos previamente que os doentes apresentam algum tipo de desconforto físico, emocional ou dor e em todas as intervenções de enfermagem deve ser dada primazia à promoção do seu conforto. Sempre que possível, o enfermeiro deve planejar intervenções que consigam um alívio satisfatório da dor, com adoção de medidas não farmacológicas. Deste modo pode referir-se que existe relação direta entre o sono e o conforto do doente, cabendo ao enfermeiro utilizar as várias formas de promover conforto ao seu alcance, sendo que o momento de descanso/sono só existe quando existe algum conforto.

CONCLUSÃO

É possível concluir deste estudo que os doentes críticos em internamento em unidades específicas sofrem uma alteração do padrão de sono, em consequência, sobretudo, do ruído, da luz e das intervenções que lhe são facultadas. Face aos resultados dos estudos analisados, pode-se perceber que o sono numa unidade de cuidados intensivos é percebido como sendo insuficiente, apesar de ser algo essencial para a recuperação da pessoa, devendo, por isso, ser preservado e estimulado. A literatura mais recente aponta diversos fatores que influenciam a qualidade do sono/repouso, destacando-se os inerentes à própria pessoa, os inerentes aos profissionais e os intrínsecos ao ambiente de uma unidade de cuidados de doentes críticos. As conclusões demonstram que os fatores mais comuns evidenciados na literatura foram: o barulho, a luminosidade, as intervenções dos profissionais e a dor. É importante corrigir e minimizar as principais fontes de desconforto através de intervenções em equipa.

No que diz respeito às intervenções promotoras do sono e do conforto as medidas como diminuição da luz e dos ruídos durante o período noturno, massagem e posicionamento de conforto e em situações particulares recurso a terapêutica específica indicada para o efeito foram as estratégias mais verificadas. No entanto em dois dos onze estudos analisados estas medidas não alcançaram significância estatística, sendo que, num terceiro estudo, a eficácia das intervenções não farmacológicas para melhorar o sono tem sido considerada como sendo inferior aos métodos farmacológicos. De realçar que três estudos analisados verificaram benefícios na utilização de máscaras para os olhos e tampões para os ouvidos tendo efeito benéfico na anulação do efeito do ambiente de

cuidados intensivos, melhorando a arquitetura do sono dos doentes. A promoção de uma cultura de mudança por parte da equipa de saúde é fundamental sabendo as consequências negativas da ausência de um padrão de sono adequado.

Neste sentido é necessária uma coordenação adequada entre os membros da equipa multidisciplinar, sendo o enfermeiro o elemento que melhor pode promover o ambiente terapêutico, os cuidados e as intervenções que possibilitem períodos de descanso mais longos e de melhor qualidade. Reduzir luzes e ruídos possibilita oferecer a cada pessoa a possibilidade de um sono com melhor qualidade. A sensibilização dos profissionais para uma reflexão mais aprofundada sobre a importância do sono poderá conduzir à elaboração de *bundles* orientadoras de estratégias e cuidados que privilegiem a melhoria da qualidade assistencial.

Este estudo permitiu uma reflexão da prática dos enfermeiros em relação ao doente crítico durante o qual se foram abrindo novas fragilidades no conhecimento a respeito do assunto e dando margem a elaboração de novas pesquisas. Urge aprofundar investigações clínicas para identificar estratégias eficazes para reduzir o impacto do ambiente clínico sobre a capacidade dos doentes para dormir e para melhorar a compreensão entre o impacto da privação do sono e os resultados na situação clínica dos doentes. Além disso, pesquisas futuras devem ser direcionadas à identificação de um método de monitorização do sono preciso e viável para facilitar a capacidade de implementar estratégias que visem promover o sono, o repouso e a recuperação e simultaneamente diminuir as complicações associadas ligadas à privação do sono.

3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

3.1. MÓDULO I- Serviço de Urgência

3.1.1 Caracterização do Serviço

O SU polivalente, no qual estagiei, está inserido no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, é dotado de recursos humanos e materiais que dão resposta de nível diferenciado a situações de urgência/emergência, é composto por todas as valências médicas e cirúrgicas; em média recebe entre 400 a 500 doentes por dia. Está dividido por vários setores de atuação para atendimento dos doentes segundo o grau de prioridade e necessidade, atendendo a um sistema de triagem de prioridades, **Sistema de Triagem de Manchester**. O serviço possui duas salas de reanimação, com capacidade de receção de três doentes em simultâneo, dois numa sala e um noutra. Estas salas recebem doentes que necessitam de cuidados urgentes ou emergentes e onde são estabilizados e avaliados clinicamente pelas diferentes especialidades médicas. Estão equipadas com os meios de diagnóstico, de monitorização, oxigenação e ventilação, tendo os meios necessários para a abordagem do doente crítico. Depois do doente estabilizado pode ser encaminhado para diferentes sectores consoante o diagnóstico, o tipo de vigilância, ou necessidade de dar continuidade a um plano terapêutico. Assim este pode ser transferido para outros serviços como: UCI, Bloco Operatório (BO) ou SO da urgência. O SO tem 16 camas equipadas com o mesmo tipo de monitorização que as salas de reanimação à exceção de ventiladores. Por vezes é necessária a permanência de doentes em SO, que é uma unidade integrada do SU, onde os doentes permanecem em vigilância e observação até evidência conclusiva do seu diagnóstico.

A equipa de enfermagem deste SU é composta por 91 enfermeiros, um Enfermeiro Chefe, uma Enfermeira subcoordenadora e quatro equipas compostas por 18/19 Enfermeiros. A distribuição dos enfermeiros no turno realiza-se da seguinte forma:

- Um coordenador: responsabilidade a supervisão dos assistentes operacionais pertencentes a cada uma das equipas;
- Um subcoordenador;
- Triagem: dois enfermeiros durante o turno da manhã e da tarde e um durante a noite;
- Um na sala de reanimação 1;
- Um na sala de reanimação 2;
- Um na sala de tratamento 1 (laranja);
- Dois na sala de tratamentos 2 (amarelo);
- Dois ou um na sala de tratamentos 3 (aerossóis);
- Um na sala de tratamentos 4 (verde);
- Um na sala de tratamentos 5 (psiquiatria);
- Um na sala de tratamentos 6 (otorrinolaringologia e oftalmologia);
- Um na pequena cirurgia;
- Três no SO;
- Um responsável pelas transferências, que dá apoio ao SO.

3.1.2 Análise Crítica e Reflexiva

Este Módulo I de estágio, que decorreu no SU, permitiu-me *desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados, à pessoa em situação crítica, e sua família/pessoa significativa, no Serviço de Urgência*. Este grande objetivo subdividiu-se em dois objetivos específicos e respetivas atividades. Seguem-se os objetivos específicos:

- *Desenvolver competências especializadas para cuidar do doente crítico e respetiva família/pessoa significativa, em contexto de Serviço de Urgência.*
- *Contribuir para esclarecimento de doentes e sua família/pessoas significativas, através da elaboração de documentos informativos sobre a dinâmica do SU.*

O SU é um serviço complexo, com **inúmeros** desafios, informações, conhecimentos e aprendizagens novas. É um ambiente de trabalho muito distinto, do qual exerço a minha profissão normalmente, pois são **muitos** os doentes e elementos significativos a quem prestamos cuidados, tendo sido esse um dos meus principais receios.

No entanto, consegui adquirir progressivamente informação e conhecimentos de excelência da minha enfermeira orientadora, que estando a par quer dos objetivos gerais do CMEAEEMC, quer dos meus objetivos específicos individuais, me orientou nesse sentido. Durante o período de tempo que permaneci no SU foi-me possível conhecer a estrutura física, humana e funcional específica, compreender a sua dinâmica relativamente aos recursos humanos, materiais, funcionamento e organização, bem como Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester e as Vias verdes. A urgência possui, desde 2003, o Sistema de Triagem de Manchester e desde 2006 o sistema de registos em suporte informático (programa ALERT®). Foi-me, igualmente, possível inteirar do método de trabalho, dinâmica da equipa, articulação do SU com outros serviços e instituições e perceber o circuito do doente desde a sua entrada até a sua transferência ou alta.

O **Método de Triagem de Manchester**, é um sistema protocolado que permite classificar a gravidade da situação de cada doente que recorre ao serviço de urgência. Este método promove uma rápida identificação dos doentes, permitindo atender em primeiro lugar os doentes mais graves e não, necessariamente, quem chega primeiro. A passagem por este setor do SU permitiu-me observar e valorizar a importância da grande destreza mental e reflexiva dos colegas que ali trabalham, bem como uma comunicação assertiva e eficaz na procura de informações de extrema importância para a estratificação de risco do doente. Não me foi possível realizar a triagem por completo pois para a sua realização é necessário um curso específico que todos os enfermeiros neste serviço possuem, contudo promovi momentos de escuta ativa e assegurei um acolhimento eficaz neste momento. A triagem dos doentes é realizada pelos enfermeiros, sendo os doentes, posteriormente, encaminhados para os diferentes setores de atendimento consoante o seu grau de prioridade. Os doentes a quem tenha sido atribuída prioridade azul ou verde aguardam numa sala junto à sala de triagem para serem consultados pela respetiva área de especialidade. Os doentes “classificados” com cor amarela aguardam, igualmente, na sala de espera com a respetiva cor, bem como os doentes a quem lhes tenha sido atribuída a cor laranja, no entanto, a sala de espera de cor laranja é próxima das salas vermelhas/de reanimação. O Sistema de **Triagem de Manchester** consiste num algoritmo de fluxogramas relativos à situação apresentada pelo doente e proporciona uma abordagem padronizada para a triagem de doentes designando-os para uma de cinco categorias de acordo com o tempo adequado entre a triagem e o primeiro contato com o médico assistente. Este sistema tria o doente de acordo com o grau de gravidade da sua situação,

categorizando-a num grupo de doentes identificado por uma cor de entre cinco (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul) (Ganley e Gloster, 2011). De acordo com o mesmo autor, a triagem deve ser realizada de modo a que, o processo de avaliação dos sinais e sintomas, seja feito em simultâneo, bem como a observação da aparência geral, da via aérea, da respiração, da circulação, da incapacidade, dos fatores ambientais e da história em relação ao problema precipitante da ida ao SU. Pela triagem realizada é possível estratificar a necessidade de cuidados priorizando as situações emergentes e urgentes, permitindo um desenvolvimento da prestação de cuidados eficiente que valoriza os dados objetivos e subjetivos apresentados pelo doente. Identificamo-nos com Andersson, Omberg e Svedlund (2006), quando assumem que é imperativo que o enfermeiro da triagem possua uma ampla capacidade de *know-how* técnico, sentido intuitivo, seja capaz de gerir o *stress*, bem como capacidade de ser enfático com os doentes apercebendo-se do que é melhor para eles.

Na realidade é fundamental que os enfermeiros do SU sejam peritos e conhecedores profundos das situações clínicas, para poderem com segurança e autocontrolo cuidar os doentes que necessitam dos seus cuidados, sendo a área de admissão a mais crítica deste ponto de vista em que existe uma necessidade premente de despiste precoce de eventuais agravamentos da situação clínica ou emocional (Oliveira, 1999).

Relativamente à **Sala de Tratamentos 1/Sala Laranja** são inúmeros os doentes que precisam deste atendimento e surgem com as mais variadas situações clínicas. Prestei a estes doentes e aos seus elementos significativos cuidados de enfermagem especializados mantendo uma prática reflexiva tendo sempre em conta o correto e devido planeamento e execução de cuidados de enfermagem de acordo com os diagnósticos de enfermagem detetados e avaliação da eficácia do processo de enfermagem.

Em relação às **salas de reanimação**, uma delas está equipada para receber dois doentes em simultâneo, tendo a sala 2, capacidade de receção de um doente. As salas de reanimação são locais onde dão entrada doentes em estado crítico, quer do foro médico, cirúrgico ou traumatológico e que requerem uma abordagem rápida por parte de toda a equipa de saúde devido à gravidade do seu estado clínico. Têm protocolado todo material para os diversos cuidados de enfermagem autónomos e interdependentes, que se possam realizar neste contexto. O facto de todo o material para a técnica estar devidamente preparado, permite uma atuação mais assertiva e atempada na tomada de decisão face à abordagem ao doente crítico.

No que diz respeito às Vias Verdes, na Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC) o doente deverá apresentar alterações na avaliação do estado neurológico e preencher os seguintes critérios para terapêutica fibrinolítica no AVC: idade superior 18 e inferior a 80 anos, o início dos sintomas inferior a 3 horas e Tensão Arterial (TA) igual ou inferior a 185/110 mmHg. Deverá, então, ser monitorizado relativamente à TA, à Frequência Cardíaca (FC), à Saturação de Oxigénio (O₂) e à Temperatura, colocado acesso venoso periférico, realizadas colheitas para hemograma, bioquímica e dois estudos de coagulação e pesquisa de glicémia capilar. Depois desta avaliação o doente segue para a Tomografia Axial Computorizada (TAC), monitorizado e acompanhado pelo Médico e Enfermeiro. O protocolo de atuação deve ser terminado no prazo de 1 hora.

Na via Verde Coronária a primeira etapa é estabelecer o diagnóstico. Este baseia-se na existência de dor torácica com carácter opressivo, de localização retroesternal, com 20 minutos (ou mais) de duração, sem alívio com nitroglicerina sublingual e apresentação dos seguintes sinais de diagnóstico: palidez, sudorese e os resultados do eletrocardiograma (ECG). O doente deverá apresentar supra desnivelamento de ST e o ECG deverá ser realizado em 10 minutos. Após correta avaliação o doente poderá ser encaminhado para a sala de hemodinâmica para cateterismo cardíaco.

Na via Verde do Trauma o doente deverá preencher um dos seguintes critérios para posterior acionamento do número da via verde, ao qual está associado uma equipa cirúrgica que poderá contatar as especialidades necessárias:

- Glasgow Coma Scale (GCS) < 14 ou queda > ou = a 2 pontos desde o acidente;
- Deterioração clínica;
- Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) com fratura crânio com afundamento;
- Trauma da coluna vertebral com sinais focais de Traumatismo Vertebro Medular (TVM) (dor, parestesia, plegia e parésia);
- Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ao cotovelo e ou joelho;
- Retalho costal;
- Trauma toracoabdominal fechado por mecanismo de grande cinética;
- Hemorragia arterial;

- Sinais/sintomas de choque;
- Luxação articular Major;
- Fratura de 2 ou mais osso longos/fratura exposta;
- Amputação proximal ao punho e/ou ao cotovelo;
- Associação de trauma/queimadura;
- Queimadura major > ou = a 9%;
- Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, circunferenciais, mãos ou pés;
- História de enforcamento/submersão/afogamento;
- Critério clínico do responsável.

Deparei-me, na sala de reanimação 1 com a ativação de uma via verde trauma. Antes da chegada de um doente helitransportado foi informada a equipa multidisciplinar com cerca de 1 hora de antecedência para que tudo estivesse devidamente preparado. Foi-me possível participar na preparação da sala e verificar os materiais necessários. Deu entrada de um rapaz politraumatizado, vítima de acidente de viação. Vinha ventilado e em choque hemorrágico. À chegada à sala de reanimação foi estabilizado do ponto de vista respiratório e hemodinâmico e foi, posteriormente, transportado para a realização de TAC. A abordagem à Pessoa em situação crítica, na sala de reanimação, caracteriza-se pelo estabelecimento de prioridades após a avaliação inicial com a qual pretendíamos identificar o compromisso de funções vitais ou lesões que poderiam comprometer a própria vida da Pessoa, tendo em conta a abordagem ABCDE (Nolan *et al.*, 2010):

A - (Airway) - Vias aéreas (com controlo da coluna cervical em situações de trauma;

B - (Breathing) - Respiração e Ventilação;

C - (Circulation) - Circulação (com controlo da hemorragia, se presente);

D - (Disability) - Exame neurológico sumário;

E - (Exposure) - Exposição a fatores externos com controlo da hipotermia (Idem)

Esta avaliação permite em primeiro lugar determinar possíveis alterações que poderiam colocar em risco imediato a vida da pessoa e, em simultâneo, estabelecer condutas para a estabilização das condições vitais e tratamento destas alterações. A atuação especializada de enfermagem caracteriza-se pela determinação adequada de prioridades,

que em última instância permite uma abordagem e planeamento de cuidados adequados e pertinentes face à situação presente no momento.

Após TAC confirmou-se Traumatismo Crânio Encefálico grave, com múltiplas contusões, edema e desvio da linha média e excluiu-se a hipótese de trauma da coluna vertebral, trauma torácico, abdominal e pélvico. Confirmou-se por radiografia múltiplas fraturas dos ossos das mãos e antebraços. Foram realizados pensos e colocadas talas pela Cirurgia Plástica. Após a TAC o doente voltou à sala de reanimação 1, onde lhe foi colocado cateter venoso central (CVC) e linha arterial (LA) para administração de terapêutica e vigilância hemodinâmica contínua, respetivamente. Após decisão médica foi transferido para o Serviço de Medicina Intensiva (SMI). Durante a receção e acompanhamento deste doente foi-me possível participar na monitorização, estabilização, vigilância respiratória e hemodinâmica, colocação do CVC, LA, preparação de terapêutica e transporte deste doente. Apesar da complexidade da situação clínica, senti-me familiarizada com os cuidados prestados, tendo em conta que em Cuidados Intensivos recebemos frequentemente doentes politraumatizados com TCE's graves. Permitiu-me deste modo o correto planeamento e execução de cuidados de enfermagem de acordo com os diagnósticos de enfermagem detetados e avaliação da eficácia do processo de enfermagem.

Neste contexto foi-me possível intervir em contexto de urgência e emergência, em todas as situações que requeiram cuidados especializados no âmbito da especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O desenvolvimento destas intervenções ajudou-me a perceber a orgânica da sala de reanimação e quais as funções inerentes ao Enfermeiro responsável pela mesma. Deste modo progredi em competências como enfermeira especialista e revelei conhecimento científico para intervir, nas equipas multidisciplinares, no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados.

Relativamente ao **SO**, é onde permanecem os doentes que ficam internados e que por se apresentarem instáveis do ponto de vista hemodinâmico e respiratório requerem vigilância adequada pela equipa médica e necessitam de cuidados imediatos da equipa de enfermagem. Ao integrar a equipa enfermagem do SO pude desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem ao doente/família de médio e alto risco numa situação de urgência. Consciente que para uma prestação de cuidados de excelência são necessárias capacidades técnicas, científicas e relacionais e considerando que as competências são um conjunto integrado e dinâmico de conhecimentos, habilidades e

atitudes, que ao ser mobilizado pelo indivíduo, resulta em ações num determinado contexto, o campo de competência da enfermagem, ou seja, o domínio dos cuidados de enfermagem diz respeito à interação e correlação da pessoa com a sua limitação ou doença e com os que a cercam, bem como com o seu meio (Collière, 2000).

Assim, o conhecimento prático, que conduz à aquisição de competências, adquire-se progressivamente com o tempo sendo necessário construir estratégias para que haja conhecimento do saber fazer com o intuito de ser desenvolvido e melhorado (Benner, 2005). A formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades), do saber-ser (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a permanente atualização e adaptação que estas exigem) (Dias, 2004).

Segue-se uma breve descrição de um doente a quem prestei cuidados de enfermagem especializados em SO. Um doente, do sexo masculino, 69 anos de idade, com AP (antecedentes pessoais) de nefrectomia parcial por neoplasia, seguido no Instituto Português de Oncologia (IPO). Estava internado no IPO por enterite e cistite crónicas, agravou queixas abdominais e foi transportado para o Serviço de Urgência Central. À chegada fez TAC abdominopélvica que revelou distensão das ansas do delgado. Agravou do ponto de vista respiratório (com necessidade de aporte de O₂), hemodinâmico e renal. Foi-lhe colocado cateter de hemodiálise e no dia em que lhe prestei cuidados iniciou hemodiálise, no entanto pouco tempo após o início do tratamento desenvolveu quadro de hipotensão e agravamento da função respiratória e teve de interromper e regressar ao SO com acompanhamento do enfermeiro. Após a equipa do SMI ter negado o internamento do doente, tendo em conta o estágio avançado da sua doença de base, foram-lhe prestados cuidados de conforto e administrada analgesia adequada. A família foi informada da gravidade da situação do doente e permaneceu junto dele durante algum tempo com privacidade e respeito necessários ao momento. Apesar do SO ser um serviço de muita mobilidade foi possível proporcionar um ambiente calmo e adequado à situação quer familiar quer do doente. Ao participar neste contexto foi-me possível desenvolver competências na área relacional: respeito, autenticidade, escuta ativa e comunicação terapêutica, prestando cuidados de enfermagem especializados mantendo uma prática reflexiva.

No que diz respeito à promoção de uma relação de confiança, empatia, privacidade e confidencialidade com o doente/família, tive oportunidade de comunicar com a família

pessoalmente. Aos familiares significativos prestam-se esclarecimentos gerais por telefone, no entanto presencialmente são prestados todos os esclarecimentos aos familiares e são ouvidas todas as suas dúvidas e anseios. Quanto à informação que proporcionei aos elementos significativos tive em conta o nível sociocultural, religioso e espiritual, o estado emocional dos familiares, bem como a gravidade da situação do doente. Deste modo, cuidar num SU implica, não só os saberes técnico-científicos, mas também estar permanentemente alerta para dar resposta a todas as necessidades do doente/elementos significativos, ser capaz de criar um ambiente de confiança e saber escutar e respeitar a individualidade de cada um (Tomey e Alligood, 2004).

O SU pelas suas características intrínsecas, volume de trabalho, responsabilidade profissional, a confrontação contínua com a doença súbita e ameaças à própria vida, determina a presença de profissionais com uma elevada capacidade de resposta e um alargado reportório de competências. Este manancial de competências permite ao enfermeiro corresponder e responder adequadamente às necessidades e exigências do doente, família, instituição e sociedade. Para além dos conhecimentos de que o enfermeiro é detentor, ele deve, concomitantemente, possuir competências, como: rapidez na intervenção, agilidade e assertividade no domínio das situações. O facto de geralmente estar implícito o risco de vida para o doente, determina que o enfermeiro assuma uma responsabilidade acrescida na sua capacidade interventiva, garantindo uma prestação de cuidados contínua e de elevada qualidade a doentes em situações de perigo iminente de vida, permanecendo em alerta para responder a necessidades fisiológicas, psicológicas, sociais e espirituais do doente.

A extraordinária dinâmica e complexidade de um serviço de urgência e emergência obrigam a períodos de constante atualização de conhecimentos e períodos de reflexão relativos à prática hospitalar, sendo que neste sentido foi-me possível clarificar dúvidas com a enfermeira orientadora em diversos momentos de prestação de cuidados. Tal atualização, no entanto, necessita de fundamentar-se numa supervisão sistemática que sirva de fundamento a uma reflexão na e sobre a ação (Schön, 1992), de modo a estruturar adequadamente todo o processo de ensino-aprendizagem. Concordamos com Schön, quando enfatiza que o pensamento pedagógico deve pugnar para que a formação do futuro profissional abranja uma forte componente de reflexão a partir de situações práticas reais. Tanto mais que esta é a opção mais viável para que um profissional seja capaz de enfrentar as mais diversas situações, tomando as decisões mais apropriadas. Em torno desta

perspetiva, o mesmo autor alega que existem quatro concepções da prática reflexiva, designadamente: o conhecimento na ação, a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação. Relativamente à primeira concepção, o conhecimento na ação, poder-se-á afirmar que estamos perante aquele conhecimento que se manifesta de forma espontânea, por outras palavras, referimo-nos a um conhecimento tácito que, normalmente, é extremamente difícil de verbalizar ou, até mesmo, explicar. No que diz respeito à reflexão na ação, Schön considera que tal dinâmica, implica necessariamente, refletir no decurso da própria ação, sem interrupções, apenas com breves instantes de distanciamento, e a reformulação do que estamos a fazer no decurso da sua realização. Por conseguinte, a reflexão na ação assemelha-se à interação verbal que realizamos em situação de conversação. Quanto à reflexão sobre a ação, o autor afirma que este momento corresponde à reconstrução mental da ação no sentido de tentar analisá-la retrospectivamente. Schön considera que este é o mecanismo que leva o profissional a construir no seu desenvolvimento e a progredir a sua forma pessoal de conhecer. A reflexão tem-me dado oportunidade de voltar atrás e rever acontecimentos e práticas. Na análise da prática reflexiva tenho revisto a constituição do pensamento reflexivo, inerente ao ser humano de forma a enriquecer a responsabilidade do Cuidar dos seres humanos sob a perspetiva integral, fundamentada e direcionada à prática profissional. No decorrer da minha evolução profissional têm emergido inúmeras transformações técnicas, científicas e éticas, tornando a minha formação um desafio constante.

A oportunidade de realizar este estágio em contexto de formação pós-graduada permitiu-me desenvolver a capacidade de refletir e comunicar, com a minha enfermeira orientadora e restante equipa, sobre os meus conhecimentos adquiridos na formação inicial e sedimentá-los. Concordamos com Abreu (2007), quando defende que em contexto clínico os estudantes precisam de mobilizar não apenas competências técnicas ou as necessárias à resolução de problemas, mas também uma disciplina emocional necessária à gestão dos cuidados e à sua prestação em situações particularmente difíceis. O autor reforça que a aprendizagem é o processo no decurso do qual o conhecimento é criado através da transformação das vivências. Em ambiente clínico, para se obter a excelência, exige-se uma crescente complexidade de cuidados em enfermagem. Neste sentido, aos enfermeiros não é somente exigido o tradicional conjunto de saberes, ao nível das habilidades, destreza e segurança, como também lhes são exigidas competências que contribuam para o desenvolvimento da profissão (Idem, 2007). A experiência obtida ao

longo dos anos, permite-me olhar para o doente de uma forma organizada, identificando as prioridades a estabelecer quando são necessários cuidados urgentes, possibilitando situações benéficas ao desenvolvimento dos futuros profissionais, favorecendo uma formação condizente com as necessidades do seu dia a dia profissional, atrelada aos conhecimentos científicos, técnicos, éticos e legais da profissão.

Relativamente às atividades programadas no âmbito da gestão foi-me possível concretizá-las através da colaboração com o enfermeiro coordenador do turno da tarde. O enfermeiro responsável por cada equipa, realiza as tarefas que lhe são distribuídas pelo Enfermeiro Chefe e organiza os cuidados de enfermagem na sua equipa com base nos recursos humanos e materiais disponíveis. Foi-me possível rever conhecimentos teóricos adquiridos nas áreas da Gestão, Planeamento e Tomada de Decisão, participação na elaboração de planos de trabalho de enfermagem e colaboração com o enfermeiro orientador na gestão de recursos humanos e logísticos necessários ao funcionamento da equipa e do SU.

Relativamente ao segundo objetivo específico *Contribuir para esclarecimento de doentes e sua família/pessoas significativas, através da elaboração de documentos informativos sobre a dinâmica do SU*, foi-me possível realizar um guia de acolhimento (APENDICE II), para visitantes, relativo ao funcionamento SO, com a colaboração da minha Enfermeira Orientadora, do Enfermeiro Chefe do SU e da Professora e pela elaboração de um Póster informativo relativo à triagem e aos seus tempos de espera (APENDICE III), com a colaboração dos elementos referidos anteriormente.

O guia de acolhimento direcionado para os familiares dos doentes internados em regime de SO reúne informações e orientações importantes que aumentam o grau de esclarecimento destes e consequentemente a sua satisfação face à instituição. Permitiu criar um fio condutor para o enfermeiro durante a realização da visita, uniformizando a prática e melhorando a qualidade do atendimento no acolhimento à família do doente internado no SO. Quanto ao Póster informativo relativo à triagem e aos seus tempos de espera, e por estar localizado exatamente na sala de espera, permitiu ao doente/elementos significativos o conhecimento do funcionamento do método de Triagem Manchester, o tempo estimado de espera entre a triagem e a primeira consulta médica e, sobretudo, alertar para que sempre que o doente apresentar um agravamento e/ou alteração da sua situação deve contactar um profissional de saúde. Desta forma criou-se uma rede de sustentação que,

através de elementos de suporte em papel e do comportamento do enfermeiro, favoreceu a comunicação com o outro e a construção de uma relação de ajuda.

3.2.MÓDULO II- Cuidados Intensivos/Intermédios

Neste Módulo, referente ao Estágio em Cuidados Intensivos/Intermédios, foi-me possível obter equivalência pois exerço funções desde Outubro de 2005 na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Central do Funchal/Dr. Nélio Mendonça.

Como enfermeira de Cuidados Intensivos presto cuidados ao doente crítico com conhecimento aprofundado neste domínio da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos problemas de saúde, identificando necessidades, focos de instabilidade, prevendo e detetando precocemente complicações, na procura de uma intervenção precisa, concreta e em tempo útil. Atendendo à minha experiência e capacidade de mobilização de conhecimentos nesta área, presto cuidados específicos com elevado nível o que me promove uma aquisição e atualização permanente de conhecimentos, avaliação e reflexão sobre a prática diária, com o objetivo de melhorar as competências individuais.

3.3.MÓDULO III- Opcional

3.3.1 Caracterização dos Serviços

3.3.1.1 Unidade de cuidados Intermédios Cirúrgicos

A UCIC de um Hospital Central do Funchal, permite ao Serviço de Anestesia contar com um espaço integrado destinado a doentes que necessitem de uma vigilância pós-operatória rigorosa. É um serviço dotado de instalações, pessoal e equipamento capaz de assegurar um tratamento eficaz de doentes no seu período pós-operatório. Esta unidade tem capacidade para 5 camas e permite a recuperação cirúrgica com maior qualidade e em condições de maior segurança, sendo que uma delas, cama 1, é dotada de capacidade de realização de Hemodiálise (Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.- SESARAM, 2015). Embora esta unidade esteja localizada ao fundo das instalações do serviço de Cirurgia Geral do 1º piso Nascente, a admissão de doentes na Unidade é da

responsabilidade do Serviço de Anestesia, determinada pelos seguintes critérios de admissão:

- Doente cirúrgico;
- Doente pós-cirúrgico exigindo vigilância hemodinâmica;
- Doente pós-cirúrgico major hemodinamicamente estável, exigindo fluidoterapia e/ou hemoterapia.
- Doente pós-cirúrgico que exija cuidados de enfermagem permanentes nas primeiras 24 horas;
- Doente cirúrgico que não se enquadre nos critérios acima descritos mas que seja considerado para a admissão nesta Unidade pela sua comorbilidade associada;

Os critérios de exclusão na admissão na UCIC são:

- Doente que necessite de suporte ventilatório;
- Doente com falência respiratória aguda;
- Doente com estado epiléptico;
- Doente com sofrimento cerebral catastrófico;
- Doente com danos graves necessitando apenas de conforto (doente terminal).

Por fim, são critérios de alta/transferência:

- Os doentes na UCIC devem ser reavaliados para identificar aqueles que não necessitam de cuidados intermédios;
- Os doentes devem ser transferidos sem interferência na gestão de vagas para os vários serviços de internamento hospitalar;

Critérios:

- Após estabilização fisiológica e quando os cuidados de monitorização constantes não são mais necessários;
- Quando há instabilidade do estado fisiológico e as medidas de suporte ativo são necessárias, o doente deverá ser transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos.

É da competência do enfermeiro responsável a distribuição de doentes por cama, tendo em consideração a necessidade realização de hemodiálise, isolamento e índice de gravidade. Para o regular funcionamento desta Unidade são necessários três enfermeiros no

turno da manhã, dois no turno da tarde, dois à noite (neste momento funciona apenas com dois enfermeiros no turno da manhã devido às carências de pessoal de enfermagem), um Enfermeiro de reabilitação que normalmente dá apoio durante nos turnos da manhã e tarde, um(a) Anestesista e um(a) Assistente operacional. A equipa de anestesia, que dá apoio à Unidade, permanece diariamente disponível presencialmente durante as 24h. Existe também uma Secretária de Unidade, responsável por todos os procedimentos de carácter burocrático.

O horário das visitas é das 17 às 18 horas e das 19 às 20 horas, sendo que só pode permanecer junto de cada doente, uma visita, não sendo permitida a entrada de menores. O controlo da entrada/saída das visitas é efetuado pelo Enfermeiro que fàcultu uma bata de proteção a cada um dos visitantes, que deverão efetuar a lavagem das mãos antes e depois da visita. São prestadas informações pelo telefone aos familiares diretos/elementos significativos, no entanto, informações pormenorizadas são fornecidas preferencialmente de forma presencial. Sempre que existe alguma dificuldade por parte de um elemento significativo em visitar o seu familiar no período estipulado é facilitada a sua visita, de acordo com a dinâmica do serviço.

A limpeza e desinfeção da unidade do doente, é da responsabilidade do assistente operacional, sob supervisão do enfermeiro, posteriormente o enfermeiro prepara a unidade e verifica os diversos equipamentos. De realçar que este serviço, que foi reestruturado e adaptado para a sua inauguração, apresenta condições físicas adequadas e material e equipamentos de primeira linha para cuidar de um doente crítico.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permite manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. São necessárias competências na avaliação e adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva profissional avançada. Essas competências foram de igual modo fundamentais para o Estágio que realizei na UQ, descrito de seguida.

3.3.1.2 Unidade de Queimados

A Unidade de Queimados é um serviço hospitalar organizado que visa o tratamento integral e completo da pessoa vítima de queimadura, e que assegura as seguintes áreas funcionais: Consulta Externa, Sala de Admissão, Balneoterapia, BO e Internamento em dois regimes: Unidade de Cuidados Especiais e Unidade de Cuidados Intermédios. Tem como objetivos:

- Cuidar da pessoa/família vítima de queimadura;
- Prevenir complicações da queimadura;
- Diminuir a dor e sofrimento;
- Minimizar as sequelas;
- Promover a reabilitação e reinserção da pessoa vítima de queimadura e sua família.

São critérios de admissão na Unidade de Queimados, pessoas vítimas de:

- Queimaduras numa Superfície Corporal Queimada (SCQ) > 10%;
- Queimaduras numa SCQ > 5%, em lactentes;
- Queimaduras de 3º grau numa SCQ > 2%;
- Queimaduras de áreas nobres (face, pescoço, tórax, períneo, mãos e pés);
- Queimaduras circulares do tórax e membros;
- Queimaduras elétricas;
- Queimaduras químicas;
- Carboxihemoglobina > 10%;
- Queimaduras com lesões associadas;
- Queimaduras de pessoas com comorbilidades (diabetes Mellitus, doença hepática, doença renal, doença cardíaca, doença psiquiátrica e/ou neurológica, situações de imuno-depressão);
- Suspeita de lesão por maus tratos;
- Necrólise Epidermólise Tóxica (Síndrome de Lyell).

A Unidade de cuidados especiais assume elevado e especializado nível de experiência no tratamento da pessoa vítima de queimadura e dispõe de:

-Quartos de isolamento;

- Equipamento específico para pessoas queimadas;
- Equipamento específico para ventilação mecânica e monitorização invasiva;
- Sala de operações exclusiva e específica para queimados;
- Ar condicionado individual e específico relativamente a fluxo laminar, pressão positiva, temperatura e humidade.

Para manutenção de experiência uma UQ, deve ter um mínimo de 75 doentes pelo período de um ano. Este serviço deve ter uma equipa especializada multidisciplinar constituída por:

- Médicos com experiência em tratamento de queimaduras;
- Enfermeiros com experiência em cuidar de doentes queimados;
- Cirurgião plástico e anestesista disponíveis 24h/dia, 365 dias/ano;
- Apoio de nutricionista, psicólogo, psiquiatra, fisiatra, fisioterapeuta e assistente social;
- Equipa multidisciplinar de consultadoria, disponível, sempre que necessário;
- Assistentes operacionais.

A Balneoterapia normalmente é o primeiro contato do doente com a UQ, consiste num banho terapêutico, com analgesia, sedoanalgesia ou anestesia e permite:

- Avaliação precisa da queimadura (grau, extensão e profundidade);
- Observação geral do doente;
- Remoção de flictenas e tecido desvitalizado através do desbridamento mecânico;
- Redução da carga microbiana;
- Realização de zaragatoas;
- Realização do penso.

A realização dos pensos ao doente queimado pode variar entre os 60 e os 240 minutos. Durante este procedimento devem estar presentes no quarto, no mínimo, 1 anestesista, 2 ou 3 enfermeiros e 1 assistente operacional. O BO deste serviço existe para uso exclusivo da Unidade de Queimados, necessita de 3 enfermeiros: circulante, instrumentista e anestesista. A sua abertura é realizada a qualquer hora. São cirurgias mais

frequentes: os desbridamentos cirúrgicos com autoenxerto, os desbridamentos cirúrgicos com aloenxerto e as amputações. Os enxertos são realizados com o objetivo de cobrir áreas queimadas, após desbridamento das mesmas.

3.3.2 Análise Crítica e Reflexiva

3.3.2.1 Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos

Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados, à pessoa em situação crítica, e sua família/pessoa significativa, na UCIC foi o meu principal objetivo para este estágio. Por forma a atingir este objetivo plenamente concretizei os seguintes objetivos específicos: desenvolver competências especializadas para cuidar do doente cirúrgico e respetiva família/pessoa significativa, em contexto de cuidados intermédios cirúrgicos e contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros da Unidade.

Nesta Unidade é utilizado o método de trabalho de enfermeiro responsável, que consiste na atribuição de um número de doentes, habitualmente no ratio de 1:2/3, aos quais o Enfermeiro deverá prestar todos os cuidados necessários. A utilização desta metodologia, não impede que seja promovido o espírito de trabalho em equipa sendo obrigatório que cada enfermeiro seja conhecedor da situação dos restantes doentes, pelo que à passagem de turno, têm que estar presentes todos os enfermeiros. É elaborado diariamente, pelo Enfermeiro Responsável do turno da manhã, um plano de distribuição de trabalho, que abrange as 24 horas, designando em cada turno, o respetivo enfermeiro responsável de equipa e o segundo elemento, os doentes atribuídos e as respetivas responsabilidades.

A modalidade de trabalho pode ser multiprofissional, referente à recomposição de diferentes processos de trabalho fundamentada na interdependência técnica do exercício profissional para a qualidade da intervenção em saúde, ou interdisciplinar, com integração das várias disciplinas e áreas do conhecimento profissional na resolução dos problemas de saúde (Humphris, 2007). As parcerias geralmente justificam-se porque alguns cuidados não podem ser prestados por um único profissional, disciplina ou organização. Ao fornecer complementaridade e integração de cuidados, as parcerias podem melhorar oportunidades, recursos e resultados em saúde. Há uma crescente necessidade de parcerias a estabelecer entre os profissionais e o grande desafio é desenvolver a capacidade de trabalhar em

equipas eficazes (Humphris, 2007). Só uma equipa multidisciplinar permite uma prática potenciadora e promotora de desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional, conducente à resolução de problemas em rede, tirando o máximo de proveito dos saberes e competências de cada profissão e de cada profissional num caminho para a transdisciplinaridade, isto é, a capacidade de produzir e usar de forma adequada e efetiva o conhecimento, num projeto de construção participada dos cuidados (Humphris, 2007; Nunes, Silva, Oliveira e Oliveira, 2010).

De entre as atividades a realizar pela enfermeira especialista estão: a elaboração do método de distribuição de trabalho de unidade, o controle de estupefacientes, o preenchimento das normas da Comissão do Controlo de Infecção (CCI), a realização de auditorias: à manipulação e manutenção dos dispositivos intravasculares, à lavagem das mãos, aos resíduos, ao envio e receção de esterilização de materiais, aos pedidos de material e de medicação urgente, realização do plano de trabalho e respetiva gestão de recursos humanos a avaliação da carga de trabalho e no turno da noite a aplicação da escala de avaliação da carga de trabalho *Simplified Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS-28) (ANEXO I). O TISS-28 é um instrumento que permite dimensionar carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva e estimar a gravidade da doença (Elias, Matsuo, Cardoso e Grion, 2006). O plano de trabalho diário e respetiva atribuição de doentes é realizada de acordo com o valor de TISS-28 de cada doente, de modo a que a carga de trabalho seja distribuída de forma o mais uniforme possível. Naturalmente que existem acontecimentos imprevisíveis, no entanto, este método permite antever a carga de horas de trabalho implícitas a cada doente. É importante que o enfermeiro especialista esteja desperto para estes aspetos de forma ser o mais justo perante a equipa, garantindo simultaneamente a segurança dos cuidados prestados aos doentes, através da gestão de recursos humanos.

Após o desenvolvimento das atividades descritas coloquei, progressivamente, em prática os conhecimentos teóricos adquiridos nas áreas da Gestão, Planeamento e Tomada de Decisão. A tomada de decisão em enfermagem é um caminhar para profissionalização e autonomia profissional (Neves, 2002). A tomada de decisão é indissociável do conceito de autonomia e da resolução de problemas, pois quando se decide o objetivo é deliberar face a uma situação mais ou menos problemática, com a máxima eficiência e eficácia para se atingir o resultado esperado ou próximo dele (Jesus, 1999). No entanto, Neves (2005), acrescenta que nem todas as decisões levam à resolução de problemas, pois muitas vezes

não se consegue eliminar mas apenas atenuar. Assim, o problema de enfermagem do domínio científico e o problema ético de enfermagem do campo ético, dão origem a dois tipos de decisão diferentes que convivem na relação de cuidado estabelecida entre o enfermeiro e pessoa, pois para a sua concretização, o enfermeiro utiliza conhecimento proveniente de outras áreas do saber que convergem como fundamentos para as decisões, clínica e ética (Deodato, 2010).

No que diz respeito à promoção de uma relação de confiança, empatia, privacidade e confidencialidade com o doente/família, tive oportunidade de comunicar com a família pessoalmente e por telefone. Aos elementos significativos são prestados esclarecimentos gerais por telefone, tal como no SU, nos quais participei. Todas as informações fornecidas são no sentido de esclarecer e acalmar os familiares, mantendo-os a par da realidade e ajudando-os a consciencializar-se da situação do doente. Sempre que necessário é solicitado o apoio do psicólogo quer para o doente quer para a família. A ansiedade dos familiares tem sido compreendida como uma manifestação natural nestas situações, pelo que uma informação correta e clara, contribui para a sua diminuição. Segundo Phaneuf (2005), a comunicação entre seres humanos toma diferentes formas, que são complementares, que correspondem às componentes funcionais do ser humano na sua dimensão relacional e desembocam nas sensações, nas emoções e na cognição. Estas duas formas de expressão apresentam características e limites que lhes são próprios e que é importante conhecer em cuidados de enfermagem. Para tal, é necessário equacionar em simultâneo uma série de variáveis complexas: equacionar-se a si próprio enquanto pessoa e profissional, equacionar o contexto e o objecto da sua ação com as suas características próprias. A esta capacidade complexa e dinâmica de resposta diversos autores chamam competência (Collière, 2000; Benner, 2005; Phaneuf, 2005). Para Phaneuf (2005), competência inclui habilidades cognitivas, psicomotoras e sócio-afectivas que, de uma forma integrada, permitem exercer um papel, função, tarefa ou atividade. A competência afirma-se na complexidade das situações reais, nas quais se é capaz de utilizar os conhecimentos de uma forma pertinente, adequada, eficaz e responsável. A comunicação, ao constituir um veículo para o estabelecimento de uma relação de ajuda terapêutica, é o meio através do qual as pessoas influenciam o comportamento das outras, sendo, então, crítica para o sucesso das intervenções de enfermagem. Concordamos com Phaneuf (2005) quando defende que a comunicação e a relação de ajuda são considerados factores

importantes na humanização e qualidade dos cuidados, sendo a comunicação uma ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda.

Relativamente à comunicação relacionada com os registos de enfermagem, elaborei registos informaticamente, assumindo que os mesmos transmitiam um conjunto de informações que refletissem a quantidade e qualidade dos cuidados prestados. No que diz respeito aos doentes por quem fiquei responsável e a quem prestei cuidados especializados, foi-me possível planear e executar cuidados de enfermagem de acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados e avaliação da eficácia do processo de enfermagem.

Este Módulo de estágio Opcional, permitiu-me desenvolver competências inerentes ao enfermeiro de cuidados gerais e promover a aprendizagem/aquisição das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação de alto risco e à sua família. Desenvolvi continuamente competências especializadas para cuidar do doente cirúrgico e respetiva família/pessoa significativa, em contexto de cuidados intermédios cirúrgicos e contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros da Unidade. Foi-me possível progredir em competências como enfermeira especialista, para além da prestação de cuidados especializados a cada doente, assumindo também a responsabilidade pela gestão do serviço.

Foi-me possível, igualmente, colaborar no estágio de duas futuras colegas do curso de Licenciatura em Enfermagem, uma estudante de 4º ano e outra de 2º ano. Identifiquei, tal como Rabiais (2013) que os estudantes de enfermagem vivenciam de forma particular os problemas das pessoas que cuidam, deixando, por vezes de se cuidar a si mesmos e apesar de viverem um processo de aquisição e desenvolvimento de competências para ajudar os outros, muitas vezes são eles próprios que precisam de apoio e de cuidado para lidar com as situações de maior vulnerabilidade. No Curso de Licenciatura em Enfermagem o ensino clínico representa o contato inicial do estudante com a prática clínica, iniciando-se assim, o processo de socialização profissional (Arco, 2005) que proporcionará a consolidação e a aquisição de novos conhecimentos, permitindo desenvolver um saber contextualizado (Carvalho, 2003). Formar para cuidar implica formar para lidar com o sofrimento, a dor, a incerteza, a perda, mas de igual modo com a esperança, a compaixão e a afetividade, contudo, muitas vezes o conhecimento transmitido e apreendido durante a formação académica pode revelar-se insuficiente quando estes sentimentos se envolvem e a dimensão emocional interfere de forma negativa com o desempenho dos estudantes (Rabiais, 2013). A formação é um processo de

desenvolvimento, sendo necessárias condições de participação dos estudantes, espaço para a discussão e clarificação de valores, para a tomada de decisão e exercício da autonomia (Costa, 2001). Nesse sentido, promovi uma orientação e supervisão dos estudantes no sentido de facilitar o desenvolvimento de uma ideologia profissional e dar a oportunidade de desenvolver o conhecimento e as capacidades requeridas para uma prática competente. A competência envolve, não só, a apropriação significativa de conhecimentos científicos, mas também a realização de ações na prática, com utilização adequada de tecnologias, quer para a manutenção da saúde, quer para a resolução dos problemas e está envolvida numa forte componente relacional de valorização da pessoa como centro de todos os cuidados. Entende-se, deste modo, o ensino clínico como um espaço e um tempo de excelência para o desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas de relação interpessoal e crítico-reflexivas, que permitem ao estudante e futuro profissional dar resposta às várias situações (Soares, 2008).

Consegui ao longo do percurso de orientação fomentar nos estudantes o desenvolvimento de capacidades e atitudes com vista à promoção a excelência e qualidade dos cuidados, num processo vasto de desenvolvimento pessoal e organizacional, com base em questões que se colocaram no decurso da prática clínica, nomeadamente a nível da segurança das práticas, desenvolvimento de competências, suporte e encorajamento dos pares.

Segundo Rabiais (2013), equacionando que o desenvolvimento dos estudantes se concretiza por um processo constante de interação em várias dimensões, destacando-se os contextos da prática de cuidados, os pares, a equipa de saúde, os doentes, os orientadores e os professores, considera-se a dimensão relacional como foco central na operacionalização curricular. Deste modo promovi experiências e preparei momentos específicos para sensibilizar os estudantes a desenvolver uma relação com os pares, os professores, os orientadores e as equipas e capacitá-los a demonstrarem respeito pelo outro, considerando princípios éticos e valores essenciais, através de emoções positivas e atitudes de satisfação pessoal e motivação rumo à construção da sua identidade profissional. Neste sentido foi-me também possível esclarecer dúvidas a estas estudantes, que se deparavam com inúmeras situações, mecanismos e aparelhos novos colaborando com a sua aprendizagem e comunicando aspetos complexos de âmbito profissional e académico a estas futuras colegas, bem como aos colegas com quem trabalhei e familiares/elementos significativos dos doentes.

Através da pesquisa e clarificação de dúvidas demonstrei conhecimento científico para intervir nas equipas multidisciplinares, no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados. Transmiti a minha avaliação de caso e respetiva intervenção junto do doente, com qualidade. Um exemplo a referir, foi uma situação, entre tantas que me permitiu uma atuação rápida e perspicaz, que menciono de seguida. O doente do sexo masculino, de 69 anos, com AP (antecedentes pessoais): diabetes Mellitus tipo II, hipertensão arterial (HTA), dislipidémia, obesidade mórbida e nefropatia diabética/hipertensiva, foi admitido na UCI por choque séptico secundário a fascíte do períneo onde permaneceu durante 27 dias. Foi transferido para a UCIC após ter melhorado ao nível da consciência, motor e respiratório, traqueostomizado. Num turno que realizei as colegas passaram nas ocorrências que a auscultação pulmonar do doente se encontrava diminuída do lado esquerdo, que as saturações tinham vindo a baixar desde o meio do turno e que ao aspirar a traqueostomia não obtinham secreções. Deduzi automaticamente que algum “rolhão” de secreções estava a impedir o circuito respiratório/ventilatório do doente. Preparei o material necessário e, após informar o procedimento ao doente, iniciei fluidificações e insuflações e foi possível aspirar um “rolhão” de secreções. Após estas intervenções as saturações periféricas subiram para os valores anteriores (97-98%) e a auscultação pulmonar melhorou significativamente. Seguidamente realizei um aerossol com soro fisiológico para assegurar que as secreções se mantinham fluidas e falou-se com a equipa médica na possibilidade de iniciar um broncodilatador, que foi prescrito. Estes episódios deixaram de se repetir e o doente passou a ter as secreções mais fluidas e tornou-se capaz de expelir as secreções até a cânula. Deste modo desenvolvi competências que me permitiram progredir em competências como enfermeira especialista na UCIC. Tendo em conta este contexto de unidades de doentes críticos, tal como a função respiratória o sono é, igualmente, um fator que determina a evolução e prognóstico do doente, pois as alterações no padrão normal do sono são comuns nos doentes internados em Unidades de cuidados intensivos e podem levar a disfunções fisiológicas e psicológicas que aumentam a morbilidade e mortalidade (Ugras, 2007; Nicolas, *et al.*, 2008 e Yava, Tosun, Ünver e Çicark, 2011).

A promoção de um sono reparador e conforto são fundamentais para doentes em contexto de CI (Cuidados Intensivos) e pós-operatório. Tendo em conta estes aspetos e de forma a atingir o segundo objetivo específico deste estágio realizei uma revisão sistemática da literatura sobre: *“Intervenções promotoras do sono e do conforto no doente em situação*

crítica” e realizei várias sessões de formação, sobre o trabalho efetuado, aos enfermeiros do serviço, por forma a sensibilizá-los relativamente ao tema.

Este estudo permitiu uma reflexão sobre a prática dos enfermeiros em relação ao doente crítico durante o qual se foram abrindo novas fragilidades no conhecimento a respeito do assunto e dando margem a elaboração de novas pesquisas. Envolveu, igualmente, uma vasta mobilização de conhecimentos e competências. Neste processo de construção de cuidados, os enfermeiros devem ser considerados essenciais nos processos de tomada de decisão em que vão estar envolvidos, sendo para isso necessário que integrem os contributos dos diferentes referenciais de cuidados de forma a proporcionar as melhores escolhas. Este trabalho foi partilhado e apresentado aos colegas da UCIC e foi possível verificar a sua receptividade positiva. Permitiu uma partilha de conhecimentos, vivências e experiências muito positiva, assumindo que consegui refletir na e sobre a prática de forma crítica e ser assumidamente um elemento promotor do desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente.

As condições ambientais, as intervenções que realizamos e até mesmo à presença de ruído de outros doentes foram os principais fatores identificados como perturbadores do padrão normal de sono, pelos profissionais da UCIC. A atualização de conhecimentos sobre os problemas de sono melhora a nossa atuação perante esse diagnóstico e permite-nos desenvolver estratégias e aplicar outras já existentes que minimizem esse problema em benefício do nosso doente. Através desta iniciativa foi possível uma interpretação e resolução de problemas específicos nesta área.

Ao longo deste percurso, a concretização dos objetivos traçados, as experiências vividas, as atividades realizadas e, respetiva análise e reflexão, contribuíram para a aquisição de competências, a que me referi anteriormente, no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, sendo que mantive de forma contínua e autónoma o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, que me permitiu uma partilha mútua muito gratificante.

3.3.2.2 Unidade de Queimados

A UQ tem uma equipa homogénea e coesa que resulta de uma base com elementos influentes e com competências, que o tempo lhes foi proporcionando. Sendo os enfermeiros, os profissionais de saúde que mais tempo permanecem junto dos doentes, a

intensidade dos cuidados e o nível de conhecimentos deve igualar-se ao seu grau de responsabilidade. A prestação de cuidados ao doente queimado constitui uma situação complexa pelos vários focos de intervenção identificados, no entanto, desenvolvi, nesta Unidade, competências especializadas para cuidar do doente queimado e respetiva família/pessoa significativa, em contexto de cuidados intensivos.

No que diz respeito ao conhecimento da estrutura física, humana e funcional específica da Unidade de Queimados, identificação dos critérios de admissão e transferência do doente e perceção do circuito do doente desde a sua entrada até a sua saída da unidade, foi-me possível ter uma preciosa noção prévia pois as aulas da especialidade de doentes queimados foram lecionadas à turma pela Enfermeira Orientadora, que me proporcionou momentos de aprendizagem únicos, que constituíram uma mais-valia para mim. A adaptação aos espaços e equipamentos da UQ decorreu de forma pacífica e com colaboração dos elementos da equipa e foi-me possível, igualmente, consultar normas e protocolos de atuação que permitem uniformizar os cuidados aos doentes.

Foi com o intuito de adquirir informações que me fossem úteis que revelei interesse neste campo de estágio, nesse sentido manifestei e tive todo o desejo de, inicialmente, observar a atuação do enfermeiro especialista perante um doente queimado, verificar vários tipos de pensos e tratamentos aplicáveis, conforme o tipo de queimadura apresentada e, posteriormente, manifestei disponibilidade para a colaboração na realização de pensos a doentes queimados e colaboração nos cuidados ao doente queimado sob ventilação invasiva. Devido à especificidade do doente queimado senti a necessidade de adquirir conhecimentos nesta área o que consegui, essencialmente, através da pesquisa bibliográfica e da mobilização dos conhecimentos que advêm da minha experiência profissional em contexto de intervenção do enfermeiro na promoção do conforto em cuidados intensivos, o que foi sem dúvida facilitador no que respeita à concretização deste objetivo específico.

Ao longo do estágio foi-me possível observar e constatar as particularidades **destes doentes** e quão específico é este serviço. Foram muitas as especificidades com que me deparei, mas o facto de a assepsia ser a regra de ouro na prestação de cuidados **a estes doentes**, proporcionou-me momentos de aprendizagem únicos. Todos os procedimentos são efetuados respeitando os princípios da técnica asséptica e, a título de exemplo, para a realização da higiene diária são utilizadas toalhas, lençóis e capas de almofada esterilizadas. Contudo, conforme passavam os dias tornou-se progressivamente mais fácil integrar os procedimentos. Neste contexto foi-me possível participar, com a preciosa ajuda

da minha orientadora, na realização dos cuidados de higiene e conforto no quarto e realização de pensos, respeitando as normas de controlo de infeção. A prestação de cuidados de enfermagem ao doente queimado, para além dos cuidados físicos engloba, igualmente, um importante papel na promoção do conforto psicológico do doente, mobilizando muito mais que os conhecimentos técnico-científicos e entrando no domínio das competências pessoais, das suas capacidades relacionais, conseguindo assim chegar à outra pessoa, compreender as suas necessidades e agir no sentido da satisfação destas, pois identificamo-nos com (Phaneuf, 2005) quando defende que a competência profissional do enfermeiro não está completa sem o aspeto relacional do cuidar.

Durante o período em que permaneci na UQ, esta permaneceu com uma lotação de 4 doentes, sendo que a capacidade total é de 5 doentes. Segue-se uma breve descrição de um doente a quem me foi possível prestar cuidados de enfermagem especializados. Um doente do sexo masculino, de 43 anos, sem antecedentes pessoais patológicos, vítima de acidente por fogo numa gasoleneira, com SCQ > 20%, queimaduras de segundo grau profundo e superficial no rosto, mãos e tórax superior, com queimadura da via aérea, ventilado, sedado e com drogas de suporte. Foi-me possível colaborar nos cuidados nos primeiros dias do estágio. Este doente estava sedoanalgesiado e para a realização dos cuidados de higiene e pensos fazia, anestésicos extra. Os pensos eram realizados diariamente, com L-Mesitran.

A evolução das feridas com este tipo de apósito foi tão eficaz que ao fim estágio o Senhor já não necessitou de penso fechado no rosto, pois o tecido cutâneo apresentava-se epitelizado, no entanto, permaneceu sedado e ventilado pois tinha sofrido queimaduras graves da via aérea. Este foi o primeiro doente a quem prestei cuidados. A minha primeira impressão foi de “impotência”, pois desejava colaborar mais com a minha enfermeira orientadora, tendo em conta as particularidades da pessoa e adaptar-me mentalmente a um circuito com o qual não estava familiarizada.

Tal como Phaneuf (2005), assumimos que a presença do enfermeiro é um elemento da relação enfermeiro-doente e é nesta relação de ajuda que o doente pode encontrar alívio, conforto e crescimento. Os enfermeiros são o elo mais importante para a escuta, para a ajuda e para a informação. No entanto é a família/elementos significativos que o doente anseia por ver diariamente. Existem 2 períodos de visitas durante a tarde, que totalizam 2 horas. Nesse período pode entrar uma visita, no entanto as visitas que possam não entrar no quarto têm a possibilidade de ver o seu familiar através de uma janela que dá diretamente

para o corredor. Existe também um intercomunicador que permite aos familiares comunicar com os doentes e vice-versa. Além disso, essa janela permite, igualmente a entrada de luz natural em todos os quartos. Todos os quartos têm televisão com vários canais portugueses e estrangeiros que permitem ao doente consciente manter-se informado e distraído. Foi-me possível, neste sentido, colaborar na promoção de uma relação de confiança, empatia, privacidade e confidencialidade com o doente/família. O internamento na Unidade de Queimados determina o isolamento físico forçado do doente em benefício da qualidade dos cuidados prestados e da garantia de manutenção de condições favoráveis à sua recuperação. Além de um período de internamento prolongado, ao contexto inesperado do acontecimento que motivou a situação de doença e consequente internamento e, às especificidades do doente queimado e do serviço, este isolamento protetor resulta também no isolamento da família, no afastamento de ambos, levantando necessidades de cuidado e de conforto muito importantes que afetam, simultaneamente, o doente e os seus familiares/elementos significativos. Constituindo um elemento da equipa multidisciplinar deste serviço, tudo fiz para esclarecer para esclarecer, apoiar e tornar o mais próxima possível a relação doente/elementos. Colaborei no acolhimento aos elementos significativos neste contexto e promovi uma relação de confiança, empatia, privacidade e confidencialidade de modo a minimizar a ansiedade destes familiares.

Para além das vivências descritas, que me enriqueceram como profissional e como pessoa, tive, igualmente o privilégio de participar no IX Congresso Nacional de Queimados que decorreu entre os dias 14 e 16 de maio de 2015, organizado pela Associação Amigos dos Queimados e a Sociedade Portuguesa de Queimaduras. Foi-me possível estar presente no congresso no dia 15, 6ª feira durante o período da tarde. Assisti a uma Mesa de Comunicações Livres, na qual a minha enfermeira orientadora apresentou uma comunicação livre e um póster sobre os efeitos benéficos para do L-Mesitran. Foi uma oportunidade única que surgiu sem estar programada previamente. Os temas apresentados focaram as especificidades dos doentes queimados e consegui mais uma vez adquirir imensa informação e conhecimento que me permitiu consolidar conteúdos bastante úteis; pela possibilidade de os partilhar com os meus colegas de trabalho e mobilizá-los no meu contexto prático.

4.CONCLUSÃO

Neste processo de formação e aprendizagem, a elaboração do Relatório de Estágio revela-se primordial para transmitir e refletir sobre as experiências e as realidades vivenciadas, na ótica do enfermeiro especialista, pois é um momento profissional e pessoal importante, quer pelo desafio técnico-científico e humano que acarreta, quer pelas mudanças que poderá proporcionar no seu quotidiano. O percurso efetuado ao longo do estágio traduziu-se em amadurecimento e aprofundamento do espírito crítico, capacidade reflexiva e criativa, para o planeamento, aplicação e mobilização de conceitos e intervenções de qualidade.

Muitas foram as vivências que me motivaram para o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais, científicas e éticas ao longo deste período, através dos vários campos de estágio, promovendo uma melhoria da qualidade dos cuidados. Tive múltiplas oportunidades de aprendizagem que procurei explorar de forma a crescer enquanto pessoa e profissional desenvolvendo uma curva de evolução crescente e enriquecedora. Enfermeiro e doente devem partilhar conhecimentos, no intuito de determinar quais as estratégias que poderão favorecer o alcance de uma vida equilibrada e consequentemente, com melhor qualidade. A pessoa doente precisa e quer ser compreendida como um ser humano que sofre porque para além da dor física, possui conflitos existenciais e necessidades que os fármacos não podem suprir: necessita de um relacionamento humano baseado na empatia. Isto implica para o profissional o saber ser e saber saber, saber escutar, perceber, compreender, identificar necessidades para, só então, planear intervenções direcionadas. Foram de extrema importância todos os momentos de partilha na prestação de cuidados ao doente e à família que aconteceram nestes contextos e com os colegas com quem trabalhei pois foi, com todos eles que consegui incorporar as competências exigidas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e evoluir.

Os desafios que se colocam hoje aos enfermeiros, têm muito a ver com a complexidade das situações de saúde e doença que exigem uma abordagem inter e multidisciplinar e obrigam a um verdadeiro trabalho de equipa e à utilização da criatividade para contornar obstáculos internos e externos à organização onde desenvolvem a sua atividade. Num processo de formação e aprendizagem, a elaboração do relatório de estágio revela-se primordial para refletir e transmitir as experiências e as realidades vivenciadas, pois é um momento profissional e pessoal importante, quer pelo desafio técnico-científico e humano que acarreta, quer pelas mudanças que poderá proporcionar no quotidiano da prestação de cuidados.

Ao enfermeiro especialista é exigida uma prática/exercício profissional onde predominam competências especializadas adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de enfermagem, sendo reconhecido como um prestador de cuidados num campo de intervenção particular da enfermagem. Esta reflexão permitiu-me analisar de forma retrospectiva o estágio e perspectivar melhorias de forma a promover a qualidade dos cuidados, assegurando um grau de satisfação elevado por parte dos doentes e familiares.

A frequência desta especialização contribuiu para aquisição de conhecimentos teóricos, suporte fundamental do nosso saber fazer e saber ser, visando o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais e humanas.

Neste percurso de formação formal e informal nos campos de estágio comuniquei aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; formulei e analisei questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; promovi o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros e a formação em serviço na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Desta forma chego ao fim desta etapa de formação certa de ter desenvolvido competências que me vão permitir atuar em situações complexas, na área da prestação de cuidados e contribuir para a formação da equipa de enfermagem. Finalizo consciente de que o caminho percorrido não constitui o fim de um processo, mas sim o princípio de uma nova forma de estar, atuar e ser, perante a competência de cuidar do doente/elementos significativos, não constituindo desta forma um percurso acabado, mas sim um início de uma nova etapa.

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico - fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Almeida, M., Duarte, S. (2000). Massagem Dorsal de Bem-Estar e de Conforto. *Referência*, 5, 75-78.
- Amendoeira, J. (2004). *Entre preparar enfermeiros e educar em enfermagem, Uma transição inacabada*. Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Anderson, A., Omberg, M., Svedlund, M. (2006). Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in critical care*, 11, 136-154.
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de Enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, II (9), 61-67.
- Araújo, N. (2008). *Acções autónomas em enfermagem, ganhos em saúde*. Tese de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa.
- Arco, A. (2005). A dialéctica teoria/prática, Um paradigma na formação em enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 62, 10-13.
- Benefield, L. (2013). Implementing evidence-based practice in home care, *Home Healthcare Nurse*, 21 (12), 804-811.
- Benner, P. (2005). De iniciado a perito, excelência e poder na prática clínica de Enfermagem. Coimbra: Edições Quarteto.
- Bihari, P., Mcevoy D., Matheson, E., Kim, S., Woodman, R., Bersten, A. (2012). Factors Affecting Sleep Quality of Patients in Intensive Care Unit, *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 15;8(3), 301-307.

- Bosmal, K., Ranieri, L. (2009). Filtering out the noise: evaluating the impact of noise and sound reduction strategies on sleep quality for ICU patients, *Critical Care*, 13(3), 151.
- Carskadon, M., Dement, W. (2011). Monitoring and staging human sleep. In Kryger e Dement, *Principles and practice of sleep medicine*. (4th ed.). Saint Louis: Elsevier Saunders.
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na Formação, Papel dos orientadores clínicos*. Lusociência: Loures.
- Christensen, M. (2007). Noise levels in a general intensive care unit: a descriptive study, *Nurse Critical Care*, 12(4), 188-97.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Clark, L. (1998). Facilitar o Alívio da Dor. In: *Sorensen e Luckmann, Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Collière, M. F. (2000). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Costa, M. (2001). *Motivações e expectativas dos alunos e dos profissionais de enfermagem, da escola para a profissão*. Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa.
- Dang-Vu, T., Schabus, M., Colgan, V., Maquet, P. (2009). Sleep: Implications for Theories of Dreaming and Consciousness, In William P. Banks, *Encyclopedia of Consciousness* (pp. 357-373). Oxford: Elsevier.
- Delaney, L., Haren, F. E., Lopez, V. (2015). Sleeping on a problem: the impact of sleep disturbance on intensive care patients, *Ann Intensive Care*, 5(3), 2-10.
- Deodato, S. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Dias, J. (2004). *Formadores: Que desempenho*. Loures: Lusociência.
- Dillon, P. (2007). *Nursing Health Assessment: a critical thinking, case studies approach*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Elias, A., Matsuo, T., Cardoso, L., Grion, C. (2006). Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação

- da gravidade do paciente, *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(3), 324-29.
- Ganley, L., Gloster, A. (2011). An overview of triage in the emergency department, *Nursing Standard*, 26(12), 49-56.
- Honkus, V. (2003). Sleep Deprivation, Critical Care Units, *Critical Care Nursing Quarterly*, 26(3), 179-189.
- Hu, R., Jiang, X., Chen, J., Zeng, Y., Chen, X., Li, Y. (2010). Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit, The Cochrane Collaboration, Ebsco, Published by JohnWiley and Sons, Ltd., China.
- Hu, R., Jiang, X., Chen, J., Zeng, Y., Chen, X., Li, Y (2010). Effects of earplugs and eye masks on nocturnal sleep, melatonin and cortisol in a simulated intensive care unit environment, *Critical Care*, 14(2), doi: 10.1186/cc8965, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2887188/>
- Humphris, D. (2007). Multiprofessional working, interprofessional learning and primary care: a way forward?, *Contemporary Nurse*, 26(1), 48-55.
- Jesus, E. (1999). *A decisão Clínica de Enfermagem*. Dissertação ao Grau de Mestre, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Kalfon, P., Mimos, O., Auquier, P., Loundou, A., Gauzit, R., Lepape, A., Laurens, J., Garrigues, B., Pottecher, T., Mallédant, Y. (2010). Development and validation of a questionnaire for quantitative assessment of perceived discomforts in critically ill patients, *Intensive Care Medicine*, 36(10), 1751-1758.
- Kamdar, B., Needham, D., Collop, N. (2012). Sleep Deprivation in Critical Illness: Its Role in Physical and Psychological Recovery, *Journal Intensive Care Med.*, 27(2), 97-111.
- Kamdar, B., Needham, D., Collop, N., Sakamuri, S., Colantuoni, K., Neufeld, K., et al. (2013). The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU, *Critical Care Medicine*, 41(3), 800-809.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice, a vision for holistic health care and research*. Nova York: Springer Publishing Company.

- Lampreia, C., Santos, D. (2005). Impacto no sono e conforto do doente, *Nursing*, 195, 37-40.
- Leite, L. (2009). Enfermeiro especialista: Percursos de desenvolvimento profissional. In *II Congresso da Ordem dos Enfermeiros*, 3º Painel. Porto.
- Matthews, E. (2011). Sleep Disturbances and Fatigue in Critically Ill Patients, *AACN Advanced Critical Care*, 22(3), 204-224.
- McIlveen, K., Morse, J. (1995). The role of comfort in nursing care, *Clinical Nursing Research*, 4(2), 127-148.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical nursing: Development and Progress*, (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Mendes, A., Fracolli, L. A. (2008). Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem, *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 771-778.
- Morgan, H., White, B. (1983). Sleep deprivation, *Nursing Mirror*, 157(14), 8-11.
- Neves, M. (2002). A tomada de decisão em enfermagem, *Pensar enfermagem*, 6(2), 25-35.
- Neves, M. (2005). Intervenções de enfermagem: razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras, *Pensar Enfermagem*, 9(2), 2-13.
- Nicolas, A., Aizpitarte, E., Iruarrizaga, A., Vázquez, M., Margall, A., Asiain, C. et al. (2008). Perception of night-time sleep by surgical patients in a intensive care unit, British Association of Critical Care Nurse, *Nursing in Critical Care*, 13(1), 25-32.
- Nightingale, F. (1859/2005). *Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência.
- Nightingale, F. (1989). *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez Editora.
- Nolan, J., Soar, J., Zideman, D., Biarent, D., Bossaert, L., Deakin, C. et al. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010, *Resuscitation*, 81(10), 1219-1276.
- Nunes, E., Silva, L., Oliveira, J., Oliveira, P. (2010). Refletindo o ‘Transpessoal’ Humano - Uma compreensão multidisciplinar em transversalidade com o estado da arte de ser, *Referência*, III(2), 173-180.

- Oliveira, C. (1999). A experiência de confortar a pessoa hospitalizada: Uma abordagem fenomenológica, *Pensar Enfermagem*, 12(1), 2-13.
- Olson, D., Borel C., Laskowitz, D., Moore, D., McConnell, E. (2001). Quiettime: a nursing intervention to promote sleep in neurocriticalcare units, *American Journal of Critical Care*, 10(2), 74-8.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). “*Sociedade portuguesa de cuidados intensivos lança projecto pioneiro para avaliação da dor*”. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Proposta do Conselho Diretivo aprovada na Assembleia Geral - Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Lisboa: OE.
- OMS (2011). *Occupational and community noise*. Burden of disease from environmental noise Quantification of healthy life years lost in Europe. Recuperado em 2015, de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusociência.
- Pimenta, C. (2000). *Controle da Dor no Domicílio, Manual de Enfermagem*, Brasil.
- Pinheiro, J. (1998). *Medicina de Reabilitação e Traumatologia do Desporto*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Profetto-Mcgrath, J., Negrin, K., Hugo, K., Smith, K. (2010). Clinical Nurse Specialist's Approaches in Selecting and Using Evidence to Improve Practice, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(1), 36-50.
- Rabiais, I. (2013). *Processos de Aprendizagem de Cuidar dos Estudantes de Enfermagem*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Recuperado em 2015, de http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15347/1/Tese%20Prof.%20Isabel%20%2818.julho.2014%29_2.pdf
- REPE, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (2011). Aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 Setembro, posteriormente alterado pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo

Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº111/2009 de 16 de Setembro.

Saldaña, D., Achury, L. (2010). *Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidado intensive*. Colombia: LILACS

Saldaña, D., Reyes, A., Berrío, M. (2013). *El ruido y las actividades de enfermería: factores perturbadores del sueño*. Colombia: Ebsco

Santos, C., Pimenta, Nobre, C. (2007). A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências, *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 15(3), 508-511, Recuperado em 2015, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf. doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (2015). *E.P.E.-SESARAM* Recuperado em 2015, de http://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=7&Itemid=10.

Soares, C. (2008). *O Processo Supervisivo*. Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro.

Schon, D. (1992). Os professores e a sua formação, In Nóvoa, A. *Formar professores como profissionais reflexivos*. Lisboa: D. Quixote.

Tamburri, L., Dibrienza, R., Zozula, R., Redeker, N. (2004). Nocturnal Care Interactions with patients in critical care units, *American Journal of Critical Care*, 13(2), 114-115.

Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed.). Lusociência, Loures: Lusociência.

Tutton, E., Seers, K. (2003). An exploration of the concept of comfort, *Journal of Clinical Nursing*, 12(5), 689-696.

Ugras, G., Oztekin, S. (2007). Patient Perception of Environment and Nursing factors contributing to sleep disturbances in Neurosurgical Intensive Care Unit, *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 212, 299-308.

Yava, A., Tosun N., Ünver V., Çicark, H. (2011). Patient and Nurse Perceptions of Stressors in the Intensive Care Unit, *Stress Health*, 27, 36-47.

APÊNDICE I

Sessões de formação: Intervenções promotoras do sono e do conforto no doente em situação crítica

UNIDADE CURRICULAR: MÓDULO DE ESTÁGIO - MÓDULO III
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS CIRÚRGICOS (UCIC)

“Intervenções promotoras do sono e do conforto no doente em situação crítica”



Tutora: Professora Isabel Rabiais
Orientadora: Enfermeira Merita Nascimento
Formanda: Ana Isabel Alves

Maio/ junho de 2015

OBJETIVOS



- Contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros da UCIC;
- Demonstrar evidência científica sobre intervenções promotoras do sono e do conforto no doente em situação crítica.

INTRODUÇÃO

- A promoção de um sono reparador e conforto são fundamentais para utentes em pós-operatório.
- O sono é hoje considerado como um fenómeno ativo, complexo e reversível, em que há a ausência ou a diminuição da resposta aos estímulos do meio ambiente relativamente ao estado de vigília.
- É um estado fisiológico que ocorre de forma cíclica, caracterizado por um período de inércia associado à diminuição da atividade cerebral, com existência de um leque de movimentos limitados, involuntários, automáticos e sem propósitos definidos.



INTRODUÇÃO

- É ainda definido como uma diminuição da consciência que pode ser reversível na presença de estímulos externos.
- A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu que o ruído pode causar danos à saúde das pessoas expostas a ele como: perturbar o trabalho, o descanso, o sono, a comunicação dos seres humanos, prejudicar a audição e causar reações psicológicas, fisiológicas e patológicas nos indivíduos expostos.

INTRODUÇÃO



- Entre vários danos fisiológicos, o ruído pode provocar distúrbios cardiovasculares, redução da saturação arterial de oxigénio, perda auditiva, aumento de secreção gástrica, estimulação da hipófise, alteração do sono fisiológico, imunossupressão e redução da cicatrização.
- As alterações no padrão normal do sono são comuns nos clientes internados em Unidades de doentes críticos e podem levar a disfunções fisiológicas e psicológicas que aumentam a morbidade e mortalidade.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- O sono desempenha um papel importante na manutenção da saúde das pessoas, afetando a sua qualidade de vida e bem-estar.
- O facto de não dormir ou dormir pouco provoca cansaço, stress, depressão e diminui a atuação do sistema imunitário, aumentando o risco de doenças infecciosas.
- Nightingale (1889) considerava o sono como sendo de extrema importância para o restabelecimento da pessoa doente e associava as perturbações do sono a aspetos relativos ao ambiente.



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

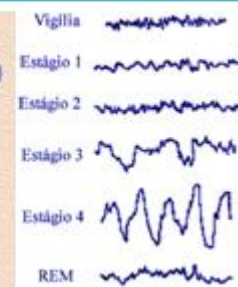
- Através de três importantes variáveis fisiológicas, o EEG, o EOG (electrooculograma) e o eletromiograma (EMG), é possível caracterizar dois padrões fundamentais de sono: sem movimentos oculares rápidos (NREM) e com movimentos oculares rápidos (REM).
- O sono NREM é composto por quatro etapas em grau crescente de profundidade, os estágios I, II, III e IV. Neste sono há relaxamento muscular comparativamente à vigília, porém, mantém-se sempre alguma tonicidade basal.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- O sono REM, que recebe a denominação de sono paradoxal, pois apesar de ser um estágio profundo no que se refere à dificuldade de despertar o indivíduo nesta fase, exibe padrão eletrencefalográfico que se assemelha ao da vigília com olhos abertos, ou mesmo do sono NREM superficial (estágio I).
- Além disto, apesar da atonia muscular que acompanha este estágio, observam-se movimentos corporais de diversos músculos, principalmente na face e nos membros, bem como, emissão de sons.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- Um ciclo noturno previsível de 95 minutos marca a variação entre os quatro estágios do sono N-REM e o sono REM, que variam segundo a faixa etária.



- Em condições normais, um indivíduo inicia o sono noturno pelo estágio I do sono NREM, após um tempo de latência de aproximadamente de 10 minutos.
- Após uns poucos minutos em sono I, há o aprofundamento para o sono II, em que se torna mais difícil o despertar do indivíduo.
- Após 30 a 60 minutos, instala-se o sono de ondas lentas, respectivamente, os estágios III e IV, com interpenetrações de ambos no decorrer desta etapa mais profunda do sono NREM.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- Desta forma, cumprem-se cerca de 5 a 6 ciclos de sono NREM-REM, durante uma noite de 8 horas de sono.
- O acordar pode ocorrer a qualquer momento durante o sono, a partir de qualquer estágio, seja de forma espontânea, ou eventualmente provocada por fatores extrínsecos (exemplo: ruído) ou eventos patológicos (apneias).
- É comum que o indivíduo não tenha consciência destes despertares, especialmente quando são de curta duração e não relacionados com eventos anormais (pesadelos).
- Durante os sonhos pode haver emissão de sons ou de fala e a possibilidade de recapitulação dos sonhos é variável, dependendo da duração do período REM em que ocorrem (maior quanto mais longo o período).



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- O doente crítico encontra-se rodeado por múltiplos equipamentos de monitorização que alarmam frequentemente e contribuem para a despersonalização e para aumentar a ansiedade em relação ao seu estado clínico.
- As unidades de cuidados intensivos, enquanto locais com equipamentos possuidores de alta tecnologia e com sons ambíguos, são caracterizadas como uma sinfonia tecnológica e desagradável.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O conforto é identificado como um dos elementos do cuidado de enfermagem, universalmente desejável, com relevância atual. Pode ser verificado em quatro contextos da experiência:

- **o contexto físico**, que diz respeito às sensações corporais, níveis de eliminação e hidratação, equilíbrio hidroelectrolítico, oxigenação celular, dor, posicionamento, diferentes indicadores metabólicos e ainda outros aspetos de tratamento e condições médicas;
- **o contexto psicoespiritual**, ligado à consciência de si, incluindo a autoestima e o autoconceito, a sexualidade e o sentido de vida, podendo igualmente englobar uma relação com uma ordem ou um ser superior;

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- O **contexto sociocultural**, referente às relações interpessoais, familiares e sociais, incluindo ainda aspetos financeiros e relacionados com a vida social
- O **contexto ambiental**, centrado nos aspetos como a luz, o barulho, o equipamento, a temperatura, a cor e os elementos artificiais e naturais do meio.

Os contextos descritos interferem quer com o conforto quer com o padrão de sono, o que reforça a importância de intervenções direcionadas, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados e consequentemente com o grau de satisfação dos doentes.

consequentemente com o grau de satisfação dos doentes.

MATERIAL E MÉTODOS

- Realizou-se um estudo que consistiu numa revisão sistemática da literatura.
- A revisão sistemática da literatura é um dos métodos de investigação utilizado na prática baseada na evidência e tem como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisa sobre um determinado tema, de forma sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.
- Desenvolveu-se a pesquisa, tendo sido selecionados onze artigos.

MATERIAL E MÉTODOS

- O método utilizado baseou-se na estratégia PICO (acrónimo para paciente, intervenção, comparação e “outcomes”).

Quadro 1: Descrição da estratégia PICO

Acrónimo	Definição	Descrição
P	População específica que se vai investigar	Doentes críticos.
I	Intervenção que se vai avaliar	Intervenções promotoras do sono e do conforto.
C	Intervenção padrão	A promoção de sono e conforto no doente em situação crítica.
O	Outcomes ou resultados	Presença de sono e conforto no doente em situação crítica.

MATERIAL E MÉTODOS

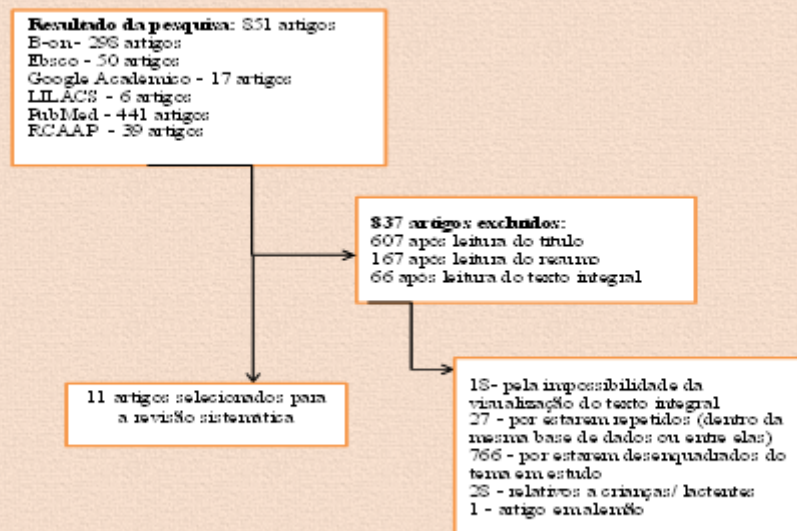


Figura 1: Processo redutivo em forma de esquema

CONCLUSÕES

- Os doentes críticos em internamento em unidade específica sofrem uma alteração do padrão de sono, em consequência, sobretudo, do ruído, da luz e das intervenções que lhe são facultadas.
- Face aos resultados dos estudos analisados, pode-se perceber que o sono numa unidade de doentes críticos é percebido como sendo insuficiente, apesar de ser algo essencial para a recuperação da pessoa, devendo, por isso, ser preservado e estimulado.

CONCLUSÕES



- A literatura mais recente aponta diversos fatores que influenciam a qualidade do sono/repouso, destacando-se os:

1-Inerentes à própria pessoa:

- Dor;
- Desconforto da posição aumentado pela ausência de movimentos;
- Lombalgias;
- Preocupação pela situação clínica, ansiedade e medo da doença, da recuperação e do desconhecido, ansiedade e stress.

2-Inerentes aos profissionais:

- Intervenções dos profissionais e administração de medicação.

CONCLUSÕES

3-Intrinsecos ao ambiente de uma unidade de cuidados de doentes críticos:

- Barulho;
- Luzes;
- Temperatura;
- Conexão a mais do que um dispositivo médico, tipo de ventilação, modo ventilatório;
- Odores desagradáveis.

As conclusões demonstram que os fatores mais comuns evidenciados na literatura foram: o barulho, a luminosidade, as intervenções dos profissionais e a dor. É importante corrigir e minimizar as principais fontes de desconforto através de intervenções em equipa.

CONCLUSÕES

Intervenções promotoras do sono e do conforto:

- As medidas como diminuição da luz e dos ruídos durante o período noturno;
- Massagem e posicionamento de conforto;
- Em situações particulares recurso a terapêutica específica indicada para o efeito.

Em dois dos onze estudos analisados estas medidas não alcançaram significância estatística e num terceiro estudo, a eficácia das intervenções não farmacológicas para melhorar o sono foi considerada como sendo inferior aos métodos farmacológicos.



CONCLUSÕES

- Três estudos analisados verificaram benefícios na utilização de máscaras para os olhos e tampões para os ouvidos.
- É necessária uma coordenação adequada entre os membros da equipa multidisciplinar, sendo o enfermeiro o elemento que melhor pode promover o ambiente terapêutico, os cuidados e as intervenções que possibilitem períodos de descanso mais longos e de melhor qualidade.
- Reduzir luzes e ruídos possibilita oferecer a cada pessoa a possibilidade de um sono com melhor qualidade.

CONCLUSÕES



- O enfermeiro deve, portanto, estar consciencializado para a importância do sono/repouso da pessoa internada numa unidade para doentes críticos e para a identificação dos fatores que o afetam, por forma a adequar o seu plano de cuidados, bem como, a desenvolver as estratégias que promovam um ambiente terapêutico harmonioso que possibilite a melhor qualidade do sono/repouso de cada pessoa.

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. e DUARTE, S. (2000), *Massagem Dorsal de Bem-Estar e de Conforto*, Referência, Coimbra. ISSN: 0874.0283.
- APOSTOLO, I. (2009), O conforto nas teorias de Enfermagem - análise do conceito e significados teóricos, Referência, II Série, 9-61-67.
- BENEFIELD, L. (2013), Implementing evidence-based practice in home care, *Home Healthcare Nurse*, 21-804-811.
- BIHARI, P.; MCEVOY D.; MATHESON, E.; KIM, S.; WOODMAN, R. E BERSTEN, A. (2012), Factors Affecting Sleep Quality of Patients in Intensive Care Unit, *J Clin Sleep Med*, Pubmed, Australia.
- BOSMAL, K. E RANIERI, L. (2009), Filtering out the noise: evaluating the impact of noise and sound reduction strategies on sleep quality for ICU patients, *Critical Care*, Pubmed, Londres.
- CARSKADON, M. e DEMENT, W. (2011), Monitoring and staging human sleep, In KRYGER e DEMENT, 4ª edição, *Principles and practice of sleep medicine*, Saint Louis, Elsevier Saunders, ISBN 978-1-4377-0731-1.
- CARTER, P. e CLARK, A. (2005), Assessing and Treating Sleep Problems: in Family Caregivers of Intensive Care Unit Patients, *Critical Care Nursing*.
- CLARK, L. (1998), Facilitar o Alívio da Dor In: SORENSEN e LUCKMANN, *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*, Lusodidacta.
- CHRISTENSEN, M., (2007), Noise levels in a general intensive care unit: a descriptive study, *Nurs Crit Care* 12-4-188-97.
- CIPE, CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM, Versão 2, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, ISBN 978-92-95094-35-2.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CULEBRAS, A. (1996). The biology of sleep. In: Culebras A., Clinical handbook of sleep disorders, Oxford: Butterworth-Heinemann.
- DANG-VU, T. et al. (2009). Sleep: Implications for theories of dreaming and consciousness. In William P. Banks, Encyclopedia of Consciousness, Oxford: Elsevier, volume 2, ISBN 978-0-12-373864-6.
- DELANEY, L.; HAREN, F. E. LOPEZ, V. (2015). Sleeping on a problem: the impact of sleep disturbance on intensive care patients, Ann Intensive Care, B-on, Australia.
- DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILLO, M., TAKAHASHI, R. F. e BERTOLOZZI, M.R. (2011). Revisão sistemática: noções gerais. Revista Enfermagem USP, 45-5-1255-1261. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a33.pdf> doi.org/10.1590/S0080-62342011000500033, Maio 2015.
- DEODATO, S. (2008). Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade, Edições Almedina, Coimbra.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA, REPE, REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS, 1ª série, N.º 180 de 16 de Setembro de 2009. Disponível em: <https://dre.pt/application/di/pdfs/2009/09/18000/0652806530.pdf> Maio 2015.
- DILLON, P. (2007). Nursing Health Assessment: a critical thinking, case studies approach. Philadelphia, F. A. Davis Company, ISBN 978-0-8036-1579-3.
- ELKIN, M.; PERRY, A. e POTTER, P. (2005). Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos. 2ª edição, Loures, Lusociência, ISBN: 972-8383-96-7.
- FERNANDES, R. (2006). O sono normal, distúrbios respiratórios do sono, Capítulo I, Brasil.
- HONKUS, V. (2003). Sleep Deprivation, Critical Care Units, Critical Care Nursing Quarterly.
- HU, R.; JIANG, X.; CHEN, J.; ZENG, Y.; CHEN, X. E LI, Y. (2010). Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit, Ebsco, The Cochrane Collaboration, Published by JohnWiley and Sons, Ltd, China.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- HU, R.; JIANG, X.; CHEN, J.; ZENG, Y.; CHEN, X. e ZHANG, Y. (2010). Effects of earplugs and eye masks on nocturnal sleep, melatonin and cortisol in a simulated intensive care unit environment, B-on, Critical Care, China.
- JONES, B. (2006). Brain mechanisms of sleep-wake states, In: KRYGER, ROTH e DEMENT, Principles and practice of sleep medicine, Philadelphia: Elsevier Saunders.
- KALFON, P.; MIMOZ, O.; AUQUIER, P.; LOUNDOU, A.; GAUZIT, R.; LEPAPE, A.; LAURENS, J.; GARRIGUES, B.; POTTECHER, T. E MALLEDANT, Y. (2010). Development and validation of a questionnaire for quantitative assessment of perceived discomforts in critically ill patients, Intensive Care Medicine, B-on, França.
- KAMDAR, B.; NEEDHAM, D. E. COLLOP, N. (2012). Sleep Deprivation in Critical Illness: Its Role in Physical and Psychological Recovery, J Intensive Care Med, Pubmed, Estados Unidos da América.
- KAMDAR, B.; KING, L.; COLLOP, N.; SAKAMURI, S.; COLANTUONI, K.; NEUFELD, K.; BIENVENU, J.; ROWDEN, A.; TOURADJI, T.; BROWER, R. E NEEDHAM, D. (2013). The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU, Crit Care Med, Pubmed, Estados Unidos da América.
- KOLCABA, K. (2003). Comfort theory and practice, A vision for holistic health care and research, New York, Springer Publishing Company.
- LAMPREIA, C. e SANTOS, D. (2005). Impacto no sono e conforto do doente, Nursing, Lisboa, ISSN 0871-6196.
- MATEUS, P. e AMORIM, M. (2002). Terapias não farmacológicas no controlo da dor, Revista Sinais Vitais, Coimbra, ISSN 0872-8844.
- MATTHEWS, E. (2011). Sleep Disturbances and Fatigue in Critically Ill Patients, AACN Adv Crit Care, Pubmed, Estados Unidos da América.
- MCLLVEEN, K. E MORSE, J. (1995). The role of comfort in nursing care, Clinical Nursing Research, 4-2-127-148.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MENDES, A. e FRACOLLI, L. A. (2008). Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis.
- MORGAN, H. e WHITE, B. (1983). Sleep deprivation, Nursing Intensive Care group jornal, Nursing Mirror.
- NICOLAS, A. et al. (2008). Perception of night-time sleep by surgical patients in a intensive care unit, British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care, Volume 13, Inglaterra.
- NIEDERMEYER, E. (2005). Historical aspects, In: NIEDERMEYER e SILVAFIL, Electroencephalography, basic principles, clinical applications and related fields, Baltimore, Lippincot Williams e Wilkins.
- NIGHTINGALE, F. (1859/2005). Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é, Loures, Lusociência.
- NIGHTINGALE, F. (1989). Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é, Tradução de Amália Correa de Carvalho, São Paulo, Cortez Editora, ISBN 85-249-0183-7.
- NYKIEL, L. et al. (2011). Evidence-Based Practice and Family Presence: paving the path for bedside nurse scientists, Journal of Emergency Nursing, 37-1-9-16, Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176710000115#>. doi:10.1016/j.jen.2010.01.010, Maio 2015.
- OLIVEIRA, C. (2008). A experiência de confortar a pessoa hospitalizada: Uma abordagem fenomenológica, Pensar Enfermagem, 12-1-2-13.
- OLSON, D.; BOREL C.; LASKOWITZ, D.; MOORE, D. E MCCONNELL, E. (2001). Quiettime: a nursing intervention to promote sleep in neurocritical care units, Am J Critic Care, 10-2-74-8.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). "Sociedade portuguesa de cuidados intensivos lança projecto pioneiro para avaliação da dor", Lisboa. SOUZA, M.; SILVA, M. e CARVALHO, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer, 8-1-102-106, Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf, Maio 2015.
- PINHEIRO, J. (1998). Medicina de Reabilitação e Traumatologia do Desporto, Lisboa, Editorial Caminho, ISBN 972-21-1169-8.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- PIMENTA, C. (2000). Controle da Dor no Domicílio, Manual de Enfermagem, Brasil.
- RODRÍGUEZ-BARRIONUEVO, A.; RODRÍGUEZ-VIVES M. E BAUZANO- POLEY E. (2000). Revisión de los transtornos del sueño en la infancia, Espanha.
- ROSÁRIO, E. (2010). Comunicação e cuidados de saúde, Comunicar com o doente ventilado em Cuidados intensivos, Dissertação de mestrado em comunicação em saúde, apresentada na Universidade Aberta, Lisboa.
- SALDAÑA, D. E ACHURY, L. (2010). Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidado intensiva, LILACS, Colombia.
- SALDAÑA, D.; REYES, A. E BERRIO, M. (2013). El ruido y las actividades de enfermería: factores perturbadores del sueño, Ebsco, Colombia.
- SOUSA, P. e SANTOS, I. (2007). Cuidando da pessoa com ferida cirúrgica: estudo de caso, Revista Referência, II Série, 4-25-43.
- SOUZA, M.; SILVA, M.; CARVALHO, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer, 8-1-102-106, Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf, Maio 2015.
- TAMBURRI, L. et al. (2004). Nocturnal Care Interactions with patients in critical care units, American Journal of Critical Care, Aliso Viejo, ISSN 10623264.
- TUTTON, E. e SEERS, K. (2003). An exploration of the concept of comfort, Journal of Clinical Nursing, 12-5.
- UGRAS, G. e OZTEKIN, S. (2007). Patient Perception of Environment and Nursing factors contributing to sleep disturbances in Neurosurgical Intensive Care Unit, Tohoku Journal of Experimental Medicine.
- WATT-WATSON, J. (2003). Dor e controlo da Dor, In PHIPPS, SANDS e MAREK, Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica, 6ª edição, Loures, Lusociência, ISBN 972-8383-65-7.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2011). Occupational and community noise.
- YAVA, A. et al. (2011). Patient and Nurse Perception of stressors in the Intensive Care Unit, Stress and Health.
- ZINN, G.; SILVA, M. E TELLES, S. (2003). Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida, Revista Latino-americana de Enfermagem.

APÊNDICE II

**Guia de acolhimento para visitantes de doentes internados no SO do SU
do Hospital Central de Lisboa Norte**

O SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Centro Hospitalar de Lisboa Norte, enquanto estabelecimento hospitalar público, geral, central e altamente diferenciado em tecnologias e saberes, presta cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade.

O Serviço de Urgência caracteriza-se pela diversidade de patologias cuidadas e conhecimentos, bem como pelo elevado número de doentes atendidos.

São prestados cuidados a pessoas que apresentem alterações de saúde de ordem física ou psíquica, percebidas ou reais, previamente diagnosticadas ou não.

O SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO (SO)

Aos doentes que permanecem no SO são prestados cuidados de saúde diferenciados e especializados, por uma equipa de profissionais multidisciplinares.

Esta equipa é composta por: Médicos, Enfermeiros, Técnicos, Assistentes Operacionais e Administrativos.

O SO tem na sua capacidade 16 camas de internamento, com monitorização.

O período de internamento normalmente será de curta duração. O doente permanece aqui até que seja estabilizado.

Posteriormente poderá ter alta ou ser transferido para outro serviço.

A VISITA NO SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO (SO)

A visita de familiares/ pessoas significativas é da maior importância para o doente.

A visita é diária e decorre em dois períodos distintos.

É permitida a entrada de um visitante de cada vez.

Apenas em casos excepcionais será permitida a entrada de crianças.

Em caso de dúvida não hesite em pedir esclarecimento perante a equipa de profissionais de saúde.

Antes e após de entrar no SO deverá realizar a desinfeção das suas mãos.

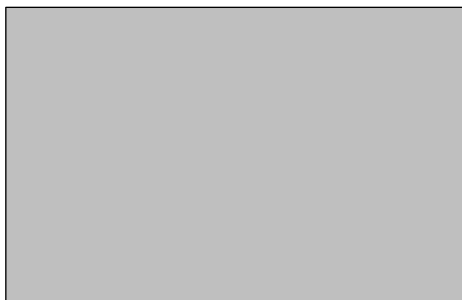
HORÁRIO DAS VISITAS

1º Período - entre as 11h e as 12h

2º Período - entre as 17h e as 18h

- Existe flexibilidade de horários de acordo com as condições do Serviço.
- Neste serviço os utentes não necessitam que lhes traga roupa, alimentos ou outros bens pessoais!

TELEFONES DE CONTATO:



Trabalho realizado no âmbito do
Mestrado em Enfermagem de Natureza
Profissional na Área de Especialização
em Enfermagem
Médico-cirúrgica da Universidade
Católica Portuguesa- Instituto de
Ciências da Saúde

Formanda: Ana Isabel Alves
Enfermeira Orientadora:
Enfermeira Especialista Célia
Cardoso
Tutora: Professora Isabel Rabiais

Setembro, 2015

SERVIÇO DE URGÊNCIA

GUIA DE ACOLHIMENTO PARA VISITANTES

SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO (SO)



APÊNDICE III

Póster informativo relativo à Triagem de Manchester e aos seus tempos de espera

TRIAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O serviço de urgência central tem no seu funcionamento o Método de Triagem de Manchester (MTM), que é realizado pelo enfermeiro.

O objetivo do MTM é identificar critérios de gravidade, de uma forma rápida, objetiva e sistematizada, que indiquem a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo alvo recomendado até a primeira observação médica.

Após a triagem será encaminhado para a respetiva sala de espera, onde deverá aguardar, até à chamada para a observação médica.

Contate um profissional de saúde sempre que apresentar um agravamento e/ou alteração da sua situação.

O MTM classifica o doente de acordo com o grau de prioridade da sua situação:

VERMELHO = EMERGENTE = 0 MINUTOS

LARANJA = MUITO URGENTE = 10 MINUTOS

AMARELO = URGENTE = 60 MINUTOS

VERDE = POUCO URGENTE = 120 MINUTOS

AZUL = NÃO URGENTE = 240 MINUTOS

Trabalho realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa- Instituto de Ciências da Saúde
Enfermeira: Ana Isabel Alves
Enfermeira Orientadora: Enfermeira Especialista Célia Cardoso
Tutora: Professora Doutora Isabel Rabiais

ANEXOS I

TISS 28-Therapeutic Intervention Scoring System-28

ANEXO

TISS - 28

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS		Pontuação
Atividades Básicas		
Monitorização padrão. Sinais Vitais horários, registros e cálculo regular do balanço hídrico	5	
Laboratório. Investigações bioquímicas e microbiológicas	1	
Medicação única. Endovenosa, intramuscular, subcutânea, e/ou oral / SNG	2	
Medicações endovenosas múltiplas. Mais que uma droga.	3	
Troca de curativos de rotina. Cuidado e prevenção de úlceras de decúbito / troca diária de curativo	1	
Trocas freqüentes de curativos. Troca freqüente de curativo (pelo menos uma vez por turno de enfermagem) e/ou cuidados com feridas extensas	1	
Cuidados com drenos. Todos (exceto SNG)	3	
Suporte Ventilatório		
Ventilação mecânica. Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem PEEP. Com ou sem relaxantes musculares respiração espontânea com PEEP	5	
Suporte ventilatório suplementar. Respiração espontânea através do tubo endotraqueal sem PEEP; O2 suplementar por qualquer método exceto aplicação de parâmetros de ventilação mecânica	2	
Cuidados com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou traqueostomia	1	
Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia de inalação, aspiração endotraqueal	1	
Suporte Cardiovascular		
Medicação vasoativa única. Qualquer droga vasoativa	3	
Medicação vasoativa múltipla. Mais que uma droga vasoativa independente do tipo e dose	4	
Reposição de grandes perdas volêmicas. Administração de volume >3l/m ² /d, independente do tipo.	4	
Cateter arterial periférico.	5	
Monitorização do átrio esquerdo. Cateter de artéria pulmonar com ou sem medida de débito cardíaco.	8	
Via venosa central.	2	
Ressuscitação cardiopulmonar (PCR nas últimas 24 horas).	3	
Suporte Renal		
Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas.	3	
Medida quantitativa do débito urinário (ex : SVD).	2	
Diurese ativa (ex : furosemida > 0,5 mg/Kg/dia)	3	
Suporte Neurológico		
Medida de Pressão Intracraniana.	4	
Suporte Metabólico		
Tratamento de acidose/ alcalose metabólica complicada	4	
Nutrição Parenteral Total endovenosa.	3	
Nutrição enteral (ex. SNG) ou outra via como por ex: jejunostomia.	2	
Intervenções específicas		
Intervenção específica única na UTI. Intubação naso ou orotraqueal, introdução de marca-passo, cardioversão, endoscopia, cirurgia de emergência nas últimas 24h, lavagem gástrica, não estão incluídas intervenções de rotina sem consequências diretas para as condições do paciente, tais como RX, ecografias, ECG, curativos, introdução de cateter venoso central.	3	
Intervenções específicas múltiplas na UTI. Mais que uma conforme descritas acima.	5	
Intervenções específicas fora da UTI. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.	5	
TOTAL		

Fonte: Elias, A., Matsuo, T., Cardoso, L., Grion, C. (2006). Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente.